LA MATERNIDAD

DEL

HOSPITAL PASTEUR

COMENTARIOS ESTADÍSTICOS Y CLÍNICOS

1929 - 25 DE ABRIL - 1930

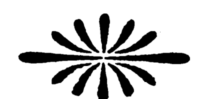
POR EL

DR. CARLOS P. COLISTRO

PROFESOR DE OBSTETRICIA DE LA ESCUELA DE PARTERAS

DIRECTOR DE LA MATERNIDAD

TOMO I



MONTEVIDEO

«IMPRESORA URUGUAYA» S. A.

Cerrito esq. Juncal

1930

LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL PASTEUR



LA MATERNIDAD

DEL

HOSPITAL PASTEUR

COMENTARIOS ESTADÍSTICOS Y CLÍNICOS

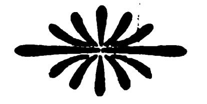
1929 - 25 DE ABRIL - 1930

POR EL

DR. CARLOS P. COLISTRO

PROFESOR DE OBSTETRICIA DE LA ESCUELA DE PARTERAS

DIRECTOR DE LA MATERNIDAD



MONTEVIDEO

«IMPRESORA URUGUAYA» S. A.

Cerrito esq. Juncal

1930

Señor Director de la Asistencia Pública Nacional,
Dr. José Martirené
Presente.

El 17 de abril del año próximo pasado, el señor Director me daba posesión del cargo de Médico Jefe de la Sección Obstétrica del Hospital Pasteur. Como aún no se estaba en condiciones para poder asilar enfermas, fué recién el 25 del mismo mes que ingresó la primera. Cumple, pues, hoy un año de funcionamiento el nuevo Servicio, y he querido en la fecha presentar al señor Director el resultado de la labor realizada. Los datos estadísticos demostrarán al señor Director que se ha trabajado mucho, y, dada la escasa capacidad del servicio (28 camas), el movimiento de enfermas ha superado a todo cálculo.

En el año se han atendido 700 enfermas, distribuídas en la forma que detalladamente figura en las páginas siguientes, y se hubieran podido asilar quizás un número vecino al doble si hubiéramos tenido dónde alojarlas. Nos hemos visto obligados a rechazar enfermas que no necesitaban hospitalización urgente, por no haber cama disponible, y es por esto que aprovecho esta oportunidad para llamar la atención del señor Director en el sentido de plantear y resolver con carácter urgente la ampliación de mi Servicio, lo menos hasta la capacidad de 60 camas. Es el mínimum de exigencia para atender las necesidades de una zona extensísima como es la de la Unión, Maroñas, Malvín, Carrasco, etc., etc.

Es admirable la obra realizada por el señor Director en lo que se refiere a Protección a la infancia y defensa del tuberculoso. Es necesario que ella sea complementada con la protección a la madre en el trance de la maternidad. Y ya que no es posible establecer una Maternidad en cada Hospital, como sería lo lógico y necesario; ya que aún no contamos con un Refugio de embarazadas y tampoco con un Asilo de Puerperas, por lo menos deben ampliarse, en la medida necesaria para que cumplan su cometido, los Servicios Maternales existentes, y en primer término el que está a mi cargo, cuya falta de capacidad es notoria.

Yo no quisiera que se interpretara lo que antecede como una crítica a la Asistencia Pública por no haberse preocupado de la mujer embarazada. No. La Maternidad del Hospital Pereira Rosell, que es un modelo, y el Servicio Obstétrico Domiciliario, demuestran claramente que ese problema ha sido abordado. Pero, aquel problema angustioso que se planteó hace años, cuando después de haberse ampliado los Servicios de la Maternidad del Pereira Rosell habilitándose todos los locales disponibles para asilar enfermas y transformando las celdas de aislamiento individuales en alojamiento para dos enfermas, aún a pesar de que así se duplicó su capacidad, aún así, era común encontrarnos con falta de sitio para alojar nuevas enfermas; y ese problema no se resolvió con crear un Servicio de 28 camas: la Maternidad del Pereira Rosell continúa llena, y en mi Servicio se rechazan día a día enfermas por falta de sitio para alojarlas. La ampliación de los Servicios Maternales se impone porque así lo exige la población siempre creciente que tiene derecho a la Asistencia por el Estado. Por lo demás, tengo la absoluta seguridad que, planteado el problema, encontraré

en el señor Director toda la más buena voluntad y el más decidido apoyo para que la ampliación del Servicio Obstétrico que dirijo sea una realidad a corto plazo.

Han secundado mi tarea en forma eficiente los médicos Adjuntos doctora Volonté de Albo y doctores Canzani y Cantonnét, este último encargado de los recién nacidos. En los últimos tiempos colaboró también eficazmente el Dr. Cozzolino, teniendo a su cargo las enfermas de patología médica.

Las Parteras Internas, las Parteras Adjuntas y las Nurses han desempeñado sus cometidos correctamente y a mi entera satisfacción.

Creo, señor Director, que en la medida de mis esfuerzos he cumplido la misión que se me confió al encargarme de la dirección del Servicio Obstétrico del Hospital Pasteur, y me consideraré satisfecho si el señor Director aprueba la labor realizada.

Saluda al señor Director con su mayor consideración.

CARLOS P. COLISTRO.

Montevideo, abril 25 de 1930.

PERSONAL TÉCNICO

Cooperan muy eficazmente en las tareas de carácter técnico, el siguiente personal de médicos, parteras y nurses.

Médicos Adjuntos

Dra. Luisa Volonté de Albo.
Dr. Alfredo Canzani.
Dr. Pedro Cantonnet (encargado de los recién nacidos).
Dr. Tomás F. Cozzolino (encargado de las enfermas de patología médica).

Parteras Internas

Deolinda Rodríguez.
Dolores Figueredo (en comisión).
María C. Fernández (partera suplente).

Parteras Adjuntas

Elena L. de Clavijo (en funciones de partera interna).
María A. de Fernández (policlínica).
Margarita A. de Salvato (policlínica).
Rosa M. de Castro (policlínica).

Nurses

Nurse jefe, Rosa Cigliutti.
Nurse, Agustina Ruibal.
» Felicia Enamorato.
» Libertad Oxilia.
» Julia Bértola.
» Francisca Umpierrez.
» María Luisa Belo.
» María del Carmen Pintos (nurse suplente).

ADMISIÓN DE ENFERMAS

En la sección Obstétrica se reciben las siguientes categorías de enfermas: embarazadas a término o en trabajo de parto, abortos, puerperas normales o infectadas que vienen directamente del público y todas aquellas enfermas que examinadas en la Policlínica, se juzga necesaria su hospitalización. Se han admitido también, pero en un porcentaje mínimo, enfermas de ginecología y de cirugía general. De esta categoría de enfermas se han hospitalizado 44, correspondiendo 38 a ginecología y 6 a Cirugía General, lo que significa un 6 % del número total de enfermas.

Con respecto a estas enfermas (ginecología y cirugía general) y adelantándome a alguna observación que pudiera formularse por haber sido hospitalizadas en un Servicio de Obstetricia, quiero exponer aquí mis ideas sobre este punto, ideas ya arraigadas en mí de años atrás, y que en otras oportunidades he hecho públicas.

Cuando, en compañía de otros colegas, presenté a la Cámara de Diputados, de la que entonces formaba parte, el proyecto de Presupuesto de la Facultad de Medicina (hoy vigente) obra de aquel espíritu selecto, de aquel trabajador infatigable y realizador que se llamó Manuel Quintela, quise aprovechar esa oportunidad para organizar en distinta forma la enseñanza de la Obstetricia y de la Ginecología. Las dos Clínicas Obstétricas y una Ginecológica (que funcionaban entonces y funcionan todavía) se transformarían en tres clínicas Ginecotocológicas. Se me convenció entonces que mi reforma muy racional y muy lógica no podría realizarse por razones de orden personal que juzgué valederas. Desistí temporariamente de mi proyecto, pero con la firme convicción de llevarlo a la práctica en el momento oportuno. Años después, cuando el entonces decano de nuestra Facultad, Doctor Manuel Quintela, ese gran amigo cuya desaparición nunca lamentaremos bastante, gestó esa magna obra del Hospital

de Clínicas, se dirigió a los profesores solicitándoles opinión sobre la instalación y funcionamiento de las distintas clínicas; tuve oportunidad, al evacuar tal consulta, de exponer nuevamente mi manera de pensar y solicitar que en el futuro Hospital de Clínicas se enseñara conjuntamente la Obstetricia y la Ginecología, y, para fundamentar mi opinión, exponía lo siguiente que en resumen voy a reproducir aquí:

La relación entre la Obstetricia y la Ginecología son tan íntimas que sólo en muy pocos países y por razones *de hecho* se mantiene su división. En la mayor parte del mundo la enseñanza ginecotocológica es indivisible y así sucede en Alemania, Italia, Suiza, Dinamarca, Holanda, Bélgica, Austria-Hungría, Suecia, Gran Bretaña, Noruega, Rumania y España.

Sólo Francia y Estados Unidos conservan la dicotomía de la enseñanza, pero esa situación que sólo se mantiene tolerándose mutuamente, tiende a desaparecer a corto plazo: en Francia son los elementos jóvenes con personalidad quirúrgica los que reivindican sus derechos, y en Estados Unidos los principales maestros Kelly, Noble, De Lee, etc. hacen notar en repetidos artículos los inconvenientes de la división.

Hace muchos años, en 1912, mi maestro el Prof. Turenne, en un buen documentado informe presentado a la Facultad de Medicina sobre funcionamiento de una nueva Clínica Obstétrico-Ginecoyátrica, aborda el tema de la indivisibilidad de la Obstetricia y la Ginecología en forma brillante y convincente. No es posible que yo transcriba aquí enteramente el alegato del maestro. Me bastará con repetir algunos conceptos.

"El Prof. Bossi de Génova, cuya personalidad científica es bien conocida, propuso hace algunos años una clasificación que, hechas algunas salvedades, puede aceptarse como buena.

La Ginecología, dice él, es la Ciencia de la Mujer como organismo sexualmente diferenciado. A ella le corresponde todo lo que de esta diferenciación sexual procede. Encarada la mujer como organismo de procreación, todo lo que a esta función tiene atingencia ya en su mecanismo normal ya en

sus desviaciones patológicas, forma el campo de la Obstetricia. Fuera de la función de procreación las desviaciones patológicas y su tratamiento son el cometido de la Ginecoyatría.

Hermosa concepción de conjunto, encuentro precisamente en sus deficiencias la justificación de la unidad.

Tomemos ejemplos: la inundación peritoneal por ruptura de embarazo ectópico es un accidente ginecológico—se dice—y en efecto es a los cirujanos a quienes debemos el conocimiento exacto de su mecanismo y de sus causas, pero estas mismas, ¿dejan de ser de origen netamente obstétrico?

Un fibroma que complica un embarazo, ¿a quién corresponderá? Una histerectomía vaginal por infección puerperal, ¿quién deberá practicarla? Una retro-desviación del útero grávido, ¿quién deberá reducirla? Una estenosis neoplásica del cuello uterino que motiva una distocia, ¿quién deberá combatirla?".

Hasta aquí el maestro Turenne. A ello agrego yo que si existe esa ligazón íntima entre una y otra rama de la Medicina, ¿cómo separarlas? Se explica, pues, que tanto en los Servicios de Obstetricia como en los de Ginecología, se asistan indistintamente enfermas que corresponden a ambas especialidades, y esto es en realidad lo que pasa entre nosotros. Y podría ir más allá declarando, porque lo he constatado personalmente, que hasta en los Servicios de Cirugía, se atienden enfermas de Ginecología y de Obstetricia.

El tocólogo moderno debe ser en primer término cirujano. El campo quirúrgico de la Obstetricia se ha ensanchado enormemente en estos últimos tiempos. Me bastará solamente, para confirmar lo que antecede, referirme al concepto actual de la operación cesárea. Esta intervención era años atrás excepcional y sólo aplicable a las estrecheces pélvicas y en casos *considerados puros,* es decir, trabajo de parto rigurosamente aséptico, con pocos tactos y bolsa de aguas sana o rota de poco tiempo atrás. Hoy benefician de la cesárea no solamente las viciaciones pelvianas, sino también los *tumores previa,* la eclampsia, la placenta previa, las hemorragias retro-

placentarias, los estrechamientos de la vagina y del cuello, las desviaciones del eje uterino, las presentaciones viciosas, el sufrimiento fetal, las enfermedades del corazón y del pulmón, las malformaciones uterinas, la muerte habitual del feto, la ruptura inminente del útero, el exceso de volumen del feto, la torsión del útero, la retracción uterina, la procidencia del cordón, la hidrocefalía desconocida, etc., etc., sean casos *puros o impuros*. Cuando se trata de casos puros es la cesárea clásica la preferida: los segundos benefician de la cesárea baja transperitoneal. Podría citar, además, para confirmar mi aserto, el tratamiento quirúrgico de la infección puerperal: histerectomías abdominales o vaginales; la extirpación del apéndice en las grávidas. Laparotomías de urgencia y extirpación de anexos (embarazo ectópico, fibromas y quistes), etc. Los ejemplos podrían multiplicarse, pero basta lo que antecede para aceptar sin esfuerzo, que el tocólogo moderno debe ser cirujano avezado y conocedor de las prácticas ginecológicas. Luego, pues, ¿cómo admitir que tal profesional frente a una enferma portadora de un fibroma o de un quiste del ovario, envíe esa enferma para que sea intervenida a otro cirujano, cuando los mismos casos complicados de gravidez deberán ser intervenidos por él? No creo que deba extenderme más sobre este punto.

La objeción que podría hacerse y que indudablemente impresionaría desfavorablemente sobre mi actitud, es la que se refiriera a la poca capacidad de la Sección Obstétrica, para admitir enfermas de otra clase, en detrimento de grávidas y puérperas. Pero tal cosa nunca ha pasado: si se ha rechazado a alguna enferma de Obstetricia ha sido cuando el Servicio ha estado completo con enfermas de la misma categoría. La mayor parte de las rechazadas han sido enfermas de Ginecología y Cirugía general que deseaban asilarse en el Servicio por haber estado antes en él.

Juzgo que bastará lo que antecede para explicar y justificar la hospitalización de enfermas de Ginecología en un Servicio de Obstetricia, sobre todo en un porcentaje mínimo como pasa en la sección Obstétrica a mi cargo: 38 enfermas sobre 700 asiladas, poco más del 5 %.

Además se han tratado algunas enfermas de Cirugía general, sobre todo apendicitis, y esto tiene una explicación fácil: se trata de enfermas que han sido atendidas en el Servicio por afecciones Obstétricas y que sintiéndose molestadas de su vientre, han acudido a nosotros. Hemos constatado que la nueva afección no nos correspondía tratarla, pero a instancias de las propias enfermas, que no han querido cambiar de médico, hemos accedido a tratarlas. El porcentaje de estas enfermas es mínimo: 5 en 700 (0,70 %).

RESUMEN ESTADÍSTICO

1929-25 de Abril-1930

Enfermas asistidas durante el año	700
De éstas corresponden a Maternidad	656
Ginecología	44

De las enfermas ingresadas eran:

Uruguayas	569	Francesas	2
Españolas	51	Lituanas	3
Italianas	23	Rusas	2
Alemanas	9	Paraguayas	3
Argentinas	26	Brasileras	5
Polacas	3	Portuguesas	3
Otomanas	1		

Según su edad eran:

De 15 años	5		De 32 años	18	
» 16 »	14		» 33 »	12	
» 17 »	6		» 34 »	21	
» 18 »	29		» 35 »	14	
» 19 »	18		» 36 »	16	
» 20 »	35		» 37 »	17	
» 21 »	33		» 38 »	17	
» 22 »	50		» 39 »	18	
» 23 »	48		» 40 »	22	
» 24 »	38		» 41 »	5	
» 25 »	49		» 42 »	12	
» 26 »	38		» 43 »	3	
» 27 »	32		» 44 »	6	
» 28 »	36		» 46 »	1	
» 29 »	36		» 47 »	2	
» 30 »	33		» 50 »	2	
» 31 »	12		» 60 »	2	

Durante el embarazo se observaron los siguientes accidentes y complicaciones:

Accidentes comunes	126
Várices de los miembros inferiores	16
Albuminuria	4
Vómitos incoercibles	5
Hidramnios	2
Placenta previa	7
Tuberculosis pulmonar	6
Pielonefritis	6
Apendicitis	1
Síntomas de aborto	12
Muerte del feto	19
Reumatismo poliarticular	1
Presentaciones viciosas	9

Durante el año se asistieron:

Partos simples	297
Partos prematuros	16
Partos gemelares	2
Partos a término	253
Partos eutócicos	242
Partos distócicos	19

Frecuencia de las presentaciones al iniciarse el parto:

Presentaciones de vértice	297
» » nalgas	7
» » hombro	1

Durante el parto se observaron las siguientes complicaciones y accidentes:

Eclampsia	2
Afecciones pulmonares	13
Estrechez pelviana	3
Obliteración del cuello	1
Tabique vaginal	1
Inercias uterinas	12

Sufrimiento fetal	14
Hemorragias por placenta previa	6
Brevedad del cordón	1
Procidencia del cordón	3
Desgarros del periné	15
Desgarros del cuello uterino	2

Los partos distócicos requirieron las maniobras y operaciones siguientes:

Ruptura artificial de membranas	12
Maniobra de Mauriceau	8
Globo de Champetier de Ribes	3
Dilatación manual del cuello	2
Versión interna	1
Forceps	18
Cesárea clásica	4
Cesárea baja transperitoneal	2
Perineorrafias	12
Sutura de la vagina	2
Sutura del cuello	2
Escobillonado	1

El alumbramiento fué:

Espontáneo en	305
Artificial en	6
El puerperio fué normal en ..	283
Fué febril en	12

Distribuídos así:

Septicemias	1
Infección de los senos	3
Flebitis	1
Endometritis	17

Abortos	164
Inminencia de aborto	12
Abortos espontáneos	16
Abortos incompletos	136
Raspajes por abortos incompletos	132
Embarazos ectópicos	4

De las 656 enfermas asistidas fueron dadas de alta sanas	647
Fallecidas	8

Ginecología

Enfermas asistidas	44

Distribuídas así:

Enfermedades ginecológicas	38
» quirúrgicas	6

En las 38 enfermas ginecológicas se observaron:

ALTERACIONES FUNCIONALES

Retroversiones uterinas	5
Prolapsos genitales	5

INFECCIONES GENITALES

Cervicitis	1
Bartolinitis	1
Biopsias	2
Endometritis hemorrágicas	4
Parametritis	1
Anexitis	6

AFECCIONES TUMORALES

Neoplasmas	3
Fibromiomas	3
Quistes del ovario	7
Pólipo mucoso del cuello	1

En las 6 enfermas de patología quirúrgica se observaron:

Colecistitis calculosa	1
Apendicitis	4
Adherencias intestinales	1

Intervenciones quirúrgicas

OPERACIONES GINECOLÓGICAS

Colporrafias y colpoperineorrafias..	4
Extirpación de pólipo uterino	1
Histerectomía subtotal	7
Ligamentopexias	6
Raspados uterinos por metritis ...	3
Anexectomías	8

OPERACIONES DE CIRUGIA GENERAL

Apendicectomías	4
Laparotomía y destrucción de adherencias	1

De las 44 enfermas asistidas fueron:

Dadas de alta	42
Fallecidas	2

Niños

Asistidos en el año	345
Fallecidos	18
Masculinos	164
Femeninos	179

La mortalidad global en el Servicio fué de 10 sobre 700 asiladas (1.44%): 8 pertenecientes a Obstetricia y 2 a Ginecología.

En detalle las enfermas fallecidas lo fueron por las causas siguientes:

1.—Observación, 52: Septicemia puerperal a estreptococus hemolíticos.

2.—Observación, 98: Embolia pulmonal (puerperio normal de 5 días).

3.—Observación, 145: Anemia aguda consecutiva a placenta previa.

4.—Observación, 163: Piosalpinx postaborto-peritonitis.

5.—Observación, 265: Broncopneumonia (parto normal).

6.—Observación, 290: Peritonitis post-aborto.

7.—Observación, 320: Cáncer del intestino.

8.—Observación, 377: Hemorragia cerebral (embarazada que sufrió un accidente de automóvil).

9.—Observación, 418: Obstrucción intestinal (embarazo).

10.—Observación, 700: Peritonitis (anexitis doble piosalpinx).

POLICLÍNICA

La Policlínica anexa a la Sección Obstétrica funciona con mucha anterioridad a la instalación de ésta. Fué inaugurada el 1.° de Marzo de 1926, mientras que la Sección Obstétrica comenzó sus funciones el 25 de Abril de 1929.

Ya en Julio de 1928 elevé al señor Director los datos estadísticos relativos al funcionamiento de la policlínica desde su inauguración el 1.° de Marzo de 1926 hasta el 30 de Junio de 1928.

Reproduzco aquí textualmente la nota que elevé en esa oportunidad:

"Montevideo, Julio 5 de 1928.

Señor Director de la Asistencia Pública Nacional

Dr. Don José Martirené

Elevo a consideración del señor Director el movimiento de enfermas habido en la Policlínica a mi cargo y que funciona en el Dispensario de la Unión.

El Servicio se inauguró el 1.° de Marzo de 1926, fijándose los martes, jueves y sábados, de 8½ a 9½, como días de consulta.

Hasta el 30 de Junio pasado la Policlínica ha funcionado durante 262 días, atendiéndose en total 3,548 enfermas distribuídas así:

	ENFERMAS NUEVAS	CONSULTAS
1926		
Marzo	8	32
Abril	13	52
Mayo	15	62
Junio	14	58
Julio	12	54
Agosto	20	83
Setiembre	22	92
Octubre	17	73
Noviembre	15	63
Diciembre	30	122
1927		
Enero	11	46
Febrero	29	119
Marzo	14	59
Abril	20	83
Mayo	20	84
Junio	18	82
Julio	23	95
Agosto	30	163
Setiembre	33	130
Octubre	39	162
Noviembre	40	163
Diciembre	41	172
1928		
Enero	42	180
Febrero	23	100
Marzo	43	181
Abril	24	110
Mayo	33	131
Junio	27	112
	685	2'863

En la Policlínica sólo se han incluído los casos de Obstetricia.

Por falta de personal no se ha podido, como era mi deseo, atender también afecciones ginecológicas y practicar curaciones de cuello y aplicaciones de Horno Bier.

La Policlínica presta también otro beneficio a las embarazadas: hasta finales del año pasado, las grávidas debían concurrir al local del Servicio Obstétrico Domiciliario (Mercedes esquina Minas), para recoger la caja con los útiles necesarios para el parto y como se trataba de gente pobre, la mayor parte tenía que hacer ese largo trayecto a pie. De acuerdo con el Jefe del Servicio, Dr. Cortabarría, resolvimos que se entregaran dichas cajas en la Policlínica a mi cargo, y así se ha hecho, evitando a las embarazadas numerosas molestias. Del resultado de esta nueva medida, da cuenta el adjunto cuadro:

Enero	se	entregaron	....	12	cajas
Febrero	»	»	....	13	»
Marzo	»	»	....	17	»
Abril	»	»	....	13	»
Mayo	»	»	....	12	»
Junio	»	»	....	15	»

No quiero terminar esta breve reseña estadística, sin llevar a conocimiento del señor Director, la colaboración activa que me ha prestado la Sra. Constancia A. de Rath, partera interna de la Maternidad del Hospital Pereira Rosell, quien durante el funcionamiento de la Policlínica me ha acompañado en forma eficiente y que me obliga a que deje aquí expresa constancia de ello.

Saludo al señor Director muy atentamente,

(Firmado): CARLOS P. COLISTRO".

Desde Julio de 1928 hasta el 25 de Abril de 1929, la Policlínica funcionó en la misma forma: 3 veces semanales, martes, jueves y sábados, de 8½ a 9½, atendida por el suscripto y acompañado por la partera Sra. de Rath, quien continuó prestándome su concurso con todo desinterés.

En la fecha indicada ultimamente, comenzó a funcionar la Sección Obstétrica, pero la Policlínica continuó funcionando en el Dispensario de la Unión por falta de alojamiento en el Hospital Pasteur.

Las condiciones de funcionamiento se modificaron radicalmente: en primer lugar funcionó todo los días de 8 a 10, atendida por mí y por el médico adjunto, Dra. Volonté de Albo; y en segundo término, se ampliaron sus servicios: se comenzaron a tratar las afecciones del cuello uterino y de los anexos, practicándose curaciones y aplicaciones de Horno Bier.

El movimiento de enfermas en esta segunda época (1.º de Julio de 1928 a 25 de Abril de 1929), fué el siguiente:

	ENFERMAS NUEVAS	CONSULTAS
1928		
Julio	34	130
Agosto	21	82
Setiembre	34	128
Octubre	25	96
Noviembre	30	121
Diciembre	46	46
1929		
Enero	41	158
Febrero	26	108
Marzo	39	154
Abril	70	204
Mayo	48	170
Junio	69	200

	ENFERMAS NUEVAS	CONSULTAS
Julio	79	 250
Agosto	80	 304
Setiembre	78	 298
Octubre	94	 390
Noviembre	98	 402
Diciembre	92	 401
1930		
Enero	117	 480
Febrero	104	 462
Marzo	85	 350
Abril (Hasta el 25)	82	 344
	1,392	5,394

Por razones que no debo exponer aquí, desde hace ya alrededor de 4 meses se ha suspendido la entrega a las embarazadas de las cajas de útiles para el parto: para obtenerlas deben concurrir las interesadas al local del Servicio Obstétrico Domiciliario (Mercedes esquina Minas), como lo hacían antes. La supresión de la entrega de las Cajas en mi Policlínica obliga a las grávidas a recorrer un largo trayecto, que se agrega al que ya han recorrido para concurrir a la consulta. Se trata de personas que en su mayor parte viven en lugares apartados—Maroñas Malvín, Carrasco, etc.,—y que por falta de medios hacen ese largo trayecto a pie. Con el régimen anterior, bastaba la concurrencia a la Policlínica a mi cargo, para que la embarazada fuera examinada y tratada convenientemente, y llegado el momento oportuno, se le entregaba la caja de útiles y la orden de asistencia para la partera elegida por ella misma.

Por discrepancias con el Jefe del Servicio Obstétrico Domiciliario, me ví obligado a suspender la entrega de las

cajas de útiles, por lo cual la embarazada se ve obligada a recorrer un nuevo trayecto de 5 kilómetros para recogerla.

Se hace necesario que el señor Director trate en alguna forma de evitar que tal cosa suceda, ya sea autorizando a la Policlínica de la Unión y a las que se creen en el porvenir, para hacer la entrega de las cajas o que el Servicio Obstétrico Domiciliario modifique el régimen actual que tanto perjudica a las embarazadas que habitan zonas alejadas y que constituyen el mayor número.

PRÁCTICAS HIGIÉNICAS Y OBSTÉTRICAS DE CARACTER GENERAL

La escasa capacidad de nuestro Servicio, sólo nos permite admitir embarazadas a término y retenerlas después del parto, un tiempo que oscila entre 8 y 10 días cuando el puerperio es normal.

El reposo de la embarazada, sobre todo en los dos últimos meses de la gravidez, obra benéficamente sobre el producto de la concepción: los niños nacen con mayor peso y mejor desarrollados. Por esa razón todas las naciones civilizadas se han preocupado, desde muchos años atrás, de dictar leyes tendientes a proteger la obrera grávida. En nuestro país no existe todavía una ley similar, a pesar de que iniciativas tendientes a ese fin se han discutido extensamente en nuestro Parlamento.

En el año 1913 la Cámara de Representantes sancionó un Proyecto de Ley referente a la Reglamentación del trabajo de las mujeres y los niños, cuyo artículo noveno decía textualmente:

"Artículo noveno. — Las mujeres encinta reposarán 8 semanas en el período del alumbramiento, entendiéndose que este período comienza cuatro semanas antes del término presumible del embarazo, y percibirán un subsidio del Estado de $ 60, debiendo los patrones reservarles, durante el tiempo arriba indicado, el puesto que ellas ocupaban."

Dicho proyecto duerme tranquilo sueño en las carpetas del Honorable Senado.

Formaba parte el que estas líneas escribe de la Cámara de Diputados de aquella época, y como miembro de la Comisión de Trabajo, le tocó informar dicho proyecto, y en la parte pertinente del informe que redacté, decía así:

"Un complemento lógico y necesario de la protección infantil es la intervención legal en el trabajo de la mujer,

y sobre todo, el particular cuidado que se debe a la obrera en el trance de la maternidad. El descanso obligatorio de la mujer antes y después del parto, es de los puntos en que la legislación obrera universal ha llegado a una conformidad casi unánime.

Es a Suiza a quien cabe el honor de haber introducido por primera vez en la legislación industrial una disposición especial en favor de las mujeres encinta o que han dado a luz recientemente, y el artículo 15 de la Ley Federal del 23 de Marzo de 1877, dice así: "Antes y después del parto, debe reservarse un espacio de tiempo de 8 semanas en total durante el cual las mujeres no serán admitidas para el trabajo en las fábricas. No podrán ser recibidas en las fábricas si no después que hayan suministrado la prueba de que han transcurrido 6 semanas por lo menos de verificado el parto."

El 15 de Marzo de 1890, la Conferencia Internacional de Berlín, convocada por el Emperador de Alemania, y en la cual estaban representadas 16 naciones, adoptaba por unanimidad la resolución siguiente:

"Es de desear que las mujeres no sean admitidas en los talleres, sino 4 semanas después de haber dado a luz".

La "Asociación Nacional" francesa instituída para propender a la protección legal de los trabajadores, votó en 1903 la resolución siguiente:

"Las mujeres no podrán ser admitidas al trabajo durante los 2 meses que preceden al término presunto del parto, y durante el mes que sigue al alumbramiento."

En la hora actual todas las naciones de Europa han aceptado lo expuesto por la Conferencia de Berlín, y salvo pequeñas diferencias sobre duración del descanso y su distribución antes y después del parto, puede considerarse este problema como resuelto.

En América, el proyecto de "Ley Trabajo" que el Gobierno Argentino envió en 1904 al Congreso Nacional, prescribe en su artículo 187: "un descanso de 20 días antes del parto y 40 después de él".

El fundamento higiénico del reposo previo ha sido corroborado donde quiera por experiencias reiteradas, que demuestran la reducción considerable del tiempo de la gestación, en la mujer sometida durante el embarazo a un esfuerzo físico constante; y como consecuencia del nacimiento prematuro, la inferioridad notable en peso y vitalidad de los niños que nacen de las obreras obligadas a concurrir al taller hasta el momento del parto, respecto de aquellos cuyas madres han reposado en las casas de Maternidad.

El Prof. Pinard, al tratar de la higiene de la preñez, en el capítulo destinado al reposo de las mujeres encinta durante las últimas semanas que preceden al parto, dice: "Si los niños son más voluminosos en las mujeres que han reposado, que en las que han trabajado hasta último momento, es simplemente porque su vida intrauterina no ha sido perturbada; su incubación ha sido perfecta. Ellos han nacido porque estaban maduros para la vida extrauterina. En los otros expulsados prematuramente, el "surmenage" es el golpe de viento que hace caer las frutas verdes.

La mujer durante la gestación no debe estar sujeta al "surmenage".

Si es útil que durante toda la duración de la preñez la mujer no se fatigue desmesuradamente, es sobre todo en los últimos 2 meses que el reposo es útil para ella y para el feto desde que el "surmenage" tiene por consecuencia muy a menudo el parto prematuro. La creación en París de los Refugios Obreros para mujeres embarazadas, ha sido desde este punto de vista un verdadero progreso social, y es de esperar que establecimientos semejantes se creen en todas partes. Y sus beneficios no se han hecho esperar y Pinard ha podido demostrar que entre las mujeres que dan a luz en la Clínica Baudelocque, las que han sido recogidas en las últimas semanas de la preñez, sea en la misma Clínica, o sea en el Refugio Obrero de la Avenida de Maine, dan a luz niños más grandes que aquellas que llegan habiendo trabajado hasta el momento en que han sido sorprendidas por los primeros dolores del parto.

Pinard presenta 1,500 observaciones de mujeres de las cuales 500 han trabajado hasta el momento mismo del parto; 500 han descansado por lo menos, 10 días en el Refugio Obrero y las otras 500 han reposado en las salas de asistencia de la Clínica Baudelocque. El peso medio de los fetos ha sido: para la primera categoría 3,000 gramos; para la segunda 3,290 y para la tercera 3,366. Esta diferencia de peso es debido a que el parto prematuro es más raro en las mujeres sometidas al reposo que en las que trabajan hasta último momento.

El reposo después del parto, es otra necesidad reconocida y admitida desde hace muchísimo tiempo. En 1891 la Sociedad de Obstetricia de París, que había sido consultada a este respecto, contestaba en la siguiente forma: "La Sociedad de Obstetricia declara por unanimidad que es peligroso para la mujer volver al trabajo antes de un período mínimo de 4 semanas después del alumbramiento".

Podríamos aducir numerosos argumentos de orden médico que corroborarían lo resuelto por la Sociedad de Obstetricia, pero creemos que estamos dispensados de ello y sólo agregaremos que en la consulta que sobre esta cuestión se hizo a los profesores Pinard, Budin, Maizgrier y Porak, estos ilustres médicos respondieron así: "La mujer no debe abandonar el lecho, sino cuando su útero haya vuelto a ser órgano pelviano, es decir, entre los 18 y los 25 días, y no debe abandonar su domicilio antes del fin de la cuarta semana y aún de la quinta".

El reposo después del alumbramiento no es solamente necesario en interés de la madre; es al mismo tiempo una eficaz salvaguardia de la vida del recién nacido. Sabemos todos el índice elevado de mortalidad de los niños durante el primer año de vida y que la mayor parte de éstos niños mueren de gastroenteritis, es decir, que son víctimas de la mala alimentación a la cual han sido sometidos, y ante todo a la supresión del seno maternal. Y si tenemos en cuenta que la alimentación artificial es tanto más peligrosa cuanto más

pequeño es el niño, podemos afirmar sin temor de equivocarnos, que el reposo de la madre después del parto, aún limitado a 4 semanas, permite por lo menos un principio de lactancia maternal, que contribuirá poderosamente a hacer descender la mortalidad infantil.

Ya que los Poderes Públicos han sido omisos en lo que respecta a la legislación del trabajo de la embarazada, compete a nuestra Asistencia Pública ocuparse de ello. El señor Director que ha agotado, por decirlo así, la protección a la infancia, que quiere llevar la asistencia del enfermo hasta el último rincón de nuestra República, debe completar su obra creando refugios para embarazadas y puérperas cuyos incalculables beneficios se podrán palpar casi de inmediato.

Pero volvamos a nuestros caminos. En nuestro Servicio las embarazadas son sometidas a un baño general tibio con fricciones jabonosas y de la misma manera procedemos con las que ingresan en trabajo de parto.

No practicamos sistemáticamente irrigaciones vaginales, solamente cuando con ellas se busca una acción terapéutica y en ese caso usamos el licor de Carrel.

Cuando la embarazada inicia su trabajo de parto, antes de pasar a la sala de trabajo correspondiente, es sometida a un enema evacuante del intestino. En la sala de partos se rasura cuidadosamente la zona genital y se procede a su toilette con agua y jabón esterilizados y licor de Carrel como antiséptico.

Los tactos vaginales se han limitado a lo imprescindible: el primer tacto debe recoger todos los datos necesarios—estado de las paredes vaginales, estado del cuello y del segmento inferior, estado de la bolsa de aguas, presentación, grado de encajamiento y dimensiones y forma de la pelvis. No habiendo síntomas de sufrimiento fetal o alguna complicación del lado materno, no se practican más tactos hasta el comienzo del período de expulsión. Durante este período se hace la profilaxia de los desgarros del periné protegiéndolo debidamente en la forma habitual para cada presentación y recurriendo a la episiotomía en los casos de inminente desgarradura sobre la línea media.

Asistencia del recién nacido

(Dr. Pedro Cantonnet)

En las líneas que hoy nos proponemos escribir no haremos más que expresar la forma cómo hemos organizado el cuidado del recién nacido, los medios que tenemos actualmente, y los que aspiramos a tener de acuerdo con las enseñanzas y adelantos que la puericultura nos ha hecho conocer.

En la Maternidad del Hospital Pasteur han nacido 343 chicos. El peso medio de los recién nacidos a término oscila alrededor de 3,250 gramos, a pesar de que la mayoría de la clientela de la Clínica, por razones múltiples y fáciles de explicar, no observa el reposo prenatal preconizado por Pinard.

Nos apresuramos a agregar que gracias a las consultaciones prenatales anexas a la Clínica, el número de niños con los caracteres de débiles congénitos, de prematuros, de sifilíticos, de traumatizados por partos distócicos, etc., es ínfimo y que muy raramente debemos intervenir en recién nacidos en esas condiciones. La mortalidad global de los recién nacidos ha sido de 4. 2%. La mortalidad de los prematuros y débiles congénitos ha sido del 33%.

El niño es retenido y vigilado diariamente en la Clínica durante 8 ó 10 días, y no se da el alta sino después del último examen médico donde se constata una salud perfecta.

Policlínicas

Anexo a la Maternidad funcionan las consultas prenatales, donde se despistan todas las pequeñas o grandes manifestaciones que van a repercutir sobre la vida del niño al nacer. Y sobre todo se investigan y se buscan por todos los medios dos enfermedades: *sífilis y tuberculosis*. Es así como toda madre que ingresa a la Clínica viene con todos

los exámenes hechos y con su reacción de Wassermann que indica su estado. En cuanto a la tuberculosis, una vez despistada la enfermedad, tomamos todas las medidas para garantizar el aislamiento y la preservación del recién nacido, utilizando todas las grandes obras antituberculosas de reciente creación.

Estas policlínicas llenan su cometido, pero debemos mejorarlas en dos sentidos: primero, deben funcionar durante todas las horas del día y durante las primeras de la noche, por dos razones: *a)* Porque la clientela de la policlínica está constituída en su gran mayoría por embarazadas que trabajan en colocaciones, talleres, fábricas, etc. y tienen determinados horarios que cumplir. *b)* Si son futuras madres específicas, que necesitan seguir un tratamiento, como nos decía M. Marcel Pinard en el Hospital Baudelocque, le es más fácil decir a quien pregunte, voy a la Maternidad, que decir voy al Dispensario Antisifilítico.

Anexo a las policlínicas prenatales debemos tener un servicio de Visitadoras Sociales encargadas de establecer el lazo de unión entre el médico y la embarazada que se asiste en la policlínica.

La misión de la Visitadora Social es de una importancia considerable, pues, ella será la encargada de hacer cumplir las prescripciones dictadas por el médico, de estudiar el medio familiar desde el punto de vista médico (despistaje de la sífilis y tuberculosis) y social (socorros y consejos de todo orden a trasmitir a cientos de embarazadas, casadas, viudas o solteras).

Y estas mismas Visitadoras Sociales tendrían también la misión de establecer un nuevo lazo de unión. Nos referimos al cuidado del recién nacido salido de las Maternidades que debe ser vigilado en su casa, puesto que es en ese período de la vida donde más cuidados necesita el niño, y donde más fácil es cometer errores, si no se trata de una madre con la preparación suficiente. Por lo tanto, las Visitadoras Sociales deberán vincular esas madres con los hospitales, con

las gotas de leche, con las sociedades de beneficencia, con el fin de proteger al niño, de no dejarlo enfermar, en una palabra, para hacer la medicina preventiva.

La ligadura del cordón, no se hace en el Servicio con hilo de seda, sino que se emplea la pinza de Doyen que se deja durante media hora, tiempo suficiente para producir el aplastamiento del cordón. El procedimiento se muestra práctico y eficaz y jamás se han producido hemorragias intensas después de quitar la pinza. Hemos visto alguna vez muy pequeños corrimientos sanguíneos en cordones gruesos, pero bastó producir un segundo aplastamiento para terminar con el dicho corrimiento.

El baño de los recién nacidos ha quedado suprimido por varias razones:

a) Porque no lo juzgamos necesario;

b) Para evitar muy fáciles enfriamientos a pesar de todas las medidas que se pudieran tomar (nos referimos al Hospital Pasteur);

c) Porque si el baño no trae infecciones en servicios hospitalarios, pueden producirse muy facilmente en el medio familiar;

d) Que el unto sebáceo que le dejamos, lo protege contra el frío.

e) Como se ha dicho en Congresos médicos tal vez el unto sebáceo tenga una acción especial sobre la piel del recién nacido.

Empleamos para hacer la profilaxia ocular del recién nacido, el nitrato de plata al 1 % por considerar que si es cierto que el argirol al 25 % es de gran utilidad y resultados, el nitrato de plata es más eficaz, más constante y más seguro en su acción.

Cuando, como nos pasa frecuentemente, necesitamos pecho ordeñado para alimentar a un recién nacido, si la dadora no tiene el resultado de su Wassermann, hacemos hervir la leche, con lo cual sabemos no correrá riesgo alguno el niño.

A todo recién nacido, como lo hemos visto utilizar en el Centro de Higiene Infantil dirigido por Marcel Maillet, de París, le hacemos colocar un brazalete con el número correspondiente a la cama de la madre, para evitar posibles y graves equivocaciones.

En el momento de dejar la clínica entregamos a la madre la FICHA DEL RECIEN NACIDO, donde están consignados los principales datos de la madre, del parto, de las condiciones del chico al nacimiento y en el momento que deja la clínica, etc., puesto que será una ficha de gran utilidad en el futuro del niño frente a un estado patológico cualquiera.

A todo recién nacido practicamos la vacunación B. C. G., no habiendo observado ningún trastorno en los niños vacunados (primeros 8 a 10 días).

Y ahora dos palabras sobre lo que creemos de gran utilidad y que tal vez pronto veremos en todos los hospitales de Montevideo, nos referimos a la Creche del personal hospitalario. Creemos que anexo a la Maternidad (como lo hemos visto en el estupendo nuevo servicio de M. Devraigne, en el Hospital Lariboissiere), debe existir una Creche para que las nurses, enfermeras, etc., madres, tengan sus chicos durante las horas que tengan que permanecer en el hospital. De esta manera cada madre daría cada tres horas el pecho a su hijo, o se les daría la alimentación adecuada y conveniente a su edad y se les vigilaría antes de caer con graves estados patológicos.

La Creche necesitaría para su buen funcionamiento, el médico encargado de las prescripciones y observación diaria de los niños y de nurses ocupadas exclusivamente del cuidado de esos niños. Hemos visto funcionar en diversos Hospitales europeos estos servicios y estamos seguros que su implantación, en los nuestros, sería de gran utilidad práctica.

Asistencia del Alumbramiento

Sabemos bien, los que tenemos algunos años de práctica, que el alumbramiento mal conducido puede ocasionar complicaciones de importancia y algunas veces de consecuencias fatales. Es por eso que exijo del personal técnico a mis órdenes el más profundo respeto por los fenómenos fisiológicos del alumbramiento, evitando toda intervención intempestiva y dejando transcurrir el tiempo necesario para que ellos se efectúen espontáneamente.

Durante el primero y segundo períodos del alumbramiento la conducta a seguir es la de espectación absoluta: el principio de Pinard de no hacer ninguna tentativa durante la primera media hora es respetada.

Procediendo en esta forma es que se han reducido al mínimo los alumbramientos artificiales: como puede verse en nuestro resumen estadístico sobre 311 alumbramientos sólo hubo 6 artificiales, lo que representa un 98 % de alumbramientos espontáneos. Es necesario que quede bien aclarado que se incluyen dentro de los alumbramientos espontáneos aquellos obtenidos por extracción simple y que el total de los alumbramientos se refiere a los partos normales.

EL EXTRACTO HIPOFISARIO EN OBSTETRICIA

Debo empezar por declarar que en mi Servicio no se inyecta extracto hipofisario hasta tanto no se haya evacuado el útero. Ni aún en aquellos casos en que pareciera estar indicado su empleo, en aquellos casos en que la única causa que impide el parto es la inercia uterina, permito su empleo. Y tengo mis razones para haber llegado a sentar una conclusión tan absoluta, razones que quiero desenvolver con alguna amplitud en esta parte de mis comentarios terapéuticos.

Si hay algunos puntos de la práctica obstétrica en que puedo opinar con absoluto conocimiento del tema, es en éste. En mi actuación como Médico Interno de la Maternidad del Hospital Pereira Rossell, desde el año 1915 hasta el año 1928, he seguido atentamente la trayectoria recorrida por el extracto hipofisario, desde su entronizamiento, digámoslo así, cuando su uso no encontraba vallas, hasta el momento presente en que su empleo racional ha quedado casi reducido al período puerperal: Tengo muy presente en mi espíritu aquellos tiempos en que las indicaciones del extracto hipofisario abarcaba un extenso campo de la obstetricia: se empleaba en el período de dilatación, en las presentaciones viciosas (cara o nalgas), en los embarazos gemelares, en las pelvis viciadas, en las hemorragias, en los sufrimientos o procidencias fetales, en el período de expulsión, para provocar el trabajo, para acelerar el alumbramiento, en los abortos (para provocarlos y activarlos), etc. etc.

El empleo inmoderado y abusivo del extracto hipofisario no tardó en dar sus frutos: algunas vidas se perdieron como consecuencia de su administración inoportuna y la alarma cundió. Comenzaron a aparecer casos complicados cuya causa real era la inyección de pituitrina, lo que obligó a que

se arribara a la conclusión de que el extracto hipofisario de acción útil y favorable en ciertos casos podía transformarse en una droga peligrosa y ocasionar la muerte del feto o de la madre, o de ambos a la vez, cuando se emplea importuna e injustificadamente.

Ya nuestro maestro el Prof. Turenne, en su magistral trabajo sobre DISTOCIA ANULAR, presentado al Primer Congreso Médico Nacional en 1916, hacía notar que la administración de ocitócicos parecía agravar o si no provocar la contracción anular. Cabe preguntarse, decía el maestro, si la administración del extracto hipofisario en un útero que guarda su contractilidad normal, no se traducirá por una tendencia a las contracciones irregulares.

En 1917, en colaboración con nuestro malogrado compañero el Dr. Horacio Félix Platero y con el título de DISTOCIA ANULAR Y EXTRACTO HIPOFISARIO (Revista Médica del Uruguay—tomo XX—pág. 752) presentamos a la Reunión Ginecotocológica de la Maternidad (23 de octubre de 1917) un caso en que la administración del extracto hipofisario estaba formalmente contraindicada, pues se trataba de una distocia anular, cuyo resultado fué la muerte de la enferma.

En el año 1918 el maestro Turenne aborda nuevamente el tema y en su trabajo LOS PELIGROS DEL EXTRACTO HIPOFISARIO (Revista Médica del Uruguay—tomo XXI—pág. 290) llega a la conclusión siguiente: "El empleo del extracto hipofisario puede ser peligroso cuando existe un obstáculo permanente o difícilmente franqueable al pasaje del feto".

La indicación que podíamos llamar única para la administración del extracto hipofisario es la inercia uterina y las condiciones que deben llenarse serían las siguientes: dilatación completa, cabeza en el piso perineal y ausencia de desproporción pelvicefálica. La existencia de una presentación anormal o de una causa cualquiera de distocia, es una contraindicación radical.

Posteriormente, en 1923, vuelve el Prof. Turenne a

tratar le tema en una carta abierta dirigida al Prof. de Clínica Obstétrica de Montreal Dr. de Cotret (Revista Médica del Uruguay—Tomo XXVI—pág. 345). En ella se establecen en forma clara y concisa las indicaciones y contraindicaciones del empleo del extracto hipofisario. En los 3 trabajos que he citado del maestro Turenne—1916, 1918, y 1923, se llama la atención del Consejo de Higiene en el sentido de tomar medidas tendientes a impedir el empleo del extracto hipofisario a los profesionales que no estuvieran autorizados para ello. Que nosotros sepamos, hasta el presente, no se ha hecho nada en ese sentido y el extracto hipofisario se expende libremente y se administra en forma imprudente y criminal.

El Dr. García San Martín, en su trabajo sobre TRATAMIENTO DE LAS ROTURAS UTERINAS SUB-PARTU (Revista Médica del Uruguay—tomo XXVII—página 467) inculpa al uso intempestivo e imprudente del extracto hipofisario, las rupturas uterinas producidas en 4 casos de parto; y en un trabajo posterior—1928—titulado EL EXTRACTO HIPOFISARIO EN LA ETIOLOGIA DE LAS ROTURAS UTERINAS (Revista Médica del Uruguay—tomo XXX—pág. 731) acusa al extracto hipofisario aplicado sin discernimiento, de ser el causante más frecuente, después de las presentaciones de hombro descuidadas, de las roturas uterinas, y lo acusa exclusivamente a él como el principal agente productor del considerable aumento de roturas uterinas, registradas en los últimos tres años.

Como vemos, la administración de *la droga explosiva,* como llama el Dr. San Martín al extracto hipofisario, encierra una serie de peligros que exige se medite mucho y se extreme el examen, antes de inyectarla. Pero, cabe la pregunta, ¿si el extracto hipofisario administrado en los casos en que están llenadas todas las indicaciones, es una droga beneficiosa, por qué no la empleo en mi Servicio y no permito que se inyecte sino solamente después de evacuado el útero.

Contesto: porque he tenido oportunidad de presenciar casos en que empleado el extracto hipofisario en buenas con-

diciones y respetando todas las contraindicaciones, ha producido accidentes importantes y en algunos casos la muerte de la madre. Esa es la razón por la cual en mi Servicio, que se usa largamente el extracto hipofisario en los puerperios febriles, no se inyecta en ningún caso en el curso del parto.

PATOLOGÍA Y TERAPÉUTICA OBSTÉTRICA

Toxemia gravídica

VOMITOS INCOERCIBLES.—La terapéutica instituída en mi Servicio para el tratamiento de los vómitos incoercibles depende del tipo de toxemia que tengamos que tratar. El examen de la sangre y de la orina nos habilita para formular dicho diagnóstico y entonces implantamos el tratamiento correspondiente.

Cuando se trata de las toxemias habituales—hepática o suprarrenal—usamos la hepaticina o la adrenalina por vía bucal o subcutánea, suprimiendo totalmente la alimentación y administrando suero a la Murphy.

Las formas puras o predominantemente acidósicas son tratadas según la técnica de mi maestro el Prof. Turenne: suero glucobicarbonatado a la Murphy o por vía endovenosa según la gravedad del caso, e insulina a la dosis de 10 a 40 unidades diarias previa dosificación de la glicemia y de la reserva alcalina del suero.

Sin embargo, teniendo en cuenta que el tratamiento de los vómitos debe siempre iniciarse con la psicoterapia, puesto que la sugestión ha curado un número considerable de enfermas, no es el tratamiento indicado anteriormente el que se instituye en el Servicio al ingresar la enferma. Se comienza por el tratamiento sugestivo y para ello me sirvo de la técnica de Leven. Me explicaré:

Hace más de un año apareció un trabajo de dicho autor titulado "CURE RADICALE DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLE DE LA GROSSESSE A TOUS DEGRÉS DE GRAVITÉ (Revista Francesa de Obstetricia y Ginecología—año 1928) que despertó naturalmente mi curiosidad, pues en él afirma Leven que empleando su técnica, la curabilidad de los vómitos incoercibles es posible, fácil,

constante aún en aquellos casos en que las enfermas le fueron confiadas el día antes de haberse decidido la interrupción del embarazo. Para Leven, las perturbaciones digestivas, los estados nauseosos y los vómitos, sean ligeros, graves o incoercibles, son etapas sucesivas de un mismo mal, la dispepsia originada por el embarazo o agravada por él, que se complica muy a menudo con la dilatación gástrica y la aerofagia.

De acuerdo con su teoría, Leven instituye su tratamiento que resumido es el siguiente:

DISPEPSIA. — Reposo en cama. Alimentación: primer día, dieta hídrica (1.500 gramos de agua o de infusiones: una taza de 150 gramos cada dos horas y media). Segundo día, dieta láctea (750 gramos de leche y 750 gramos de tisanas mezcladas, azucaradas dadas en tazas de 150 gramos cada hora y ½). Tercer día, 1500 gramos de leche pura o perfumada con vainilla, caramelo, naranja o cafe: una taza de 300 gramos cada 3 horas. Los días siguientes realimentación progresiva a fijar cuantitativamente y cualitativamente.

Medicación: un gramo de bromuro a medio día y a la noche.

AEROFAGIA.—Misma alimentación. Misma medicación completada con el empleo de la poción bismutada (carbonato de bismuto, 10 gramos; goma arábiga, 20 gramos; agua destilada, 300 gramos; una cucharada de sopa 5 veces por día).

Movimientos respiratorios: ejercicios de apagar la bujía, es decir expiraciones prolongadas, repetidas 5 veces seguidas cada media hora. Expulsar la saliva. Beber todos los líquidos con bombilla.

DILATACION GASTRICA. — Inmovilización en cama. Misma alimentación que los casos precedentes. Medicación bromurada.

Al levantarse, aplicación de una faja que sostenga bien

el estómago. No preocuparse de la constipación y de la disminución de las orinas durante los primeros días. Los considera como fenómenos fisiológicos como síntomas de defensa que aparecen en los sujetos deshidratados que han perdido un gran número de kilos y que fijan con avidez todos los líquidos que se les da.

Para nosotros que consideramos que el óvulo fecundado, anidado en el útero, ocasiona perturbaciones más o menos profundas en el metabolismo basal, y como consecuencia de ello una alteración de las funciones de las glándulas a secreción interna—ovario, hígado, tiroides, suprarrenales—seguidas de modificaciones del plasma (insuficiencia de hidratos de carbono y disminución de la reserva alcalina del suero); no puede satisfacernos el concepto simplista de Leven, sobre la patogenia de los vómitos graves. Pero como numerosos autores consideran estas enfermas como histéricas o a sistema nervioso muy excitable, y en algunos casos la clínica parece darles la razón, justo es, pues, instituir como tratamiento inicial de los vómitos incoercibles, la sugestión, y para ello, como dije anteriormente, me he servido de la técnica de Leven, habiendo obtenido resultado afirmativo en *un caso* de los 5 tratados en el Servicio.

Para que la psicoterapia dé resultados es necesario que la enferma se dé exacta cuenta del tratamiento que se instituye hasta en sus más mínimos detalles y que el convencimiento de que se va a curar sea compartido también por las personas que la rodean. El tratamiento de Leven me ha servido como medio sugestivo, y para ello he hecho confeccionar un cuadro en el cual, bajo el título de "CURACION DE LOS VOMITOS DE LA EMBARAZADA" se encuentra detallada la técnica de Leven en la forma anotada en páginas anteriores. La nurse administra con rigurosa exactitud la alimentación y la medicación, ciñéndose estrictamente a la anotación expresada en dicho cuadro. Si el resultado favorable no se obtiene en el tiempo indicado en la técnica, instituímos de inmediato el tratamiento racional que dependerá de la clase de toxemia, para lo cual, desde el ingreso de

la enferma ya nos preocupamos de ordenar el análisis completo de la orina y de la sangre.

Cuando los distintos tratamientos han fracasado y el estado de la enferma se agrava: aceleración del pulso, oliguria, acetonuria, adelgazamiento muy marcado, intolerancia absoluta por los alimentos, recurro a la interrupción del embarazo. Una sola vez en los casos presentados hubo que recurrir a esta grave decisión y lo hice porque me pareció encontrarme frente a la enfermedad emetizante del embarazo.

Observación I. — Historia Clínica número 15—D. R. de V. Española, 38 años, casada, primigesta. Embarazo de 2½ meses. Vómitos repetidos. Intolerancia absoluta. Dieta, suero a la Murphy y hepaticina subcutánea. Alta a los 15 días en buen estado.

Observación II. — Historia Clínica Número 116—S. A. de R. Española, casada, primigesta. Embarazo de 3 meses. Fracaso de todos los tratamientos. Evacuación uterina. Alta en buen estado.

Observación III. — Historia Clínica número 288—O. B. Alemana, casada, 26 años, IV gesta. Embarazo de 2 meses. Vómitos desde hace diez días. Tratamiento de Leven. Curación. Alta a los 6 días en buen estado.

Observación IV. — Historia Clínica número 656—E. S. Alemana, casada, 20 años, I gesta. Embarazo de 2 meses. La técnica de Leven no da resultado. Reserva alcalina y glicemia normales. No hay acetonuria. Dieta y hepaticina. Alta a los 14 días en buen estado.

Observación V. — Historia Clínica número 685—S. S. de B. Uruguaya, casada, I gesta. Embarazo de 2 ½ meses. Forma acidósica. Suero glucocarbonatado intravenoso y a la Murphy. Hepaticina e insulina. Alta a los 21 días en buen estado.

ALBUMINURIA. — La albuminuria es el más común de los síntomas de la toxemia gravídica, y es para despistarlo que es necesario examinar cuidadosamente las orinas de las embarazadas. La albuminuria cede generalmente al régimen

lácteo. En aquellos casos en que el régimen no consigue yugularla y sobrevienen complicaciones (trastornos visuales, fenómenos urémicos) hay que ir a la interrupción del embarazo. Esta indicación es muy rara cuando se trata de albuminuria gravídica pura. Se han atendido en nuestro Servicio 4 casos de albuminuria, cuyas historias clínicas resumidas van a continuación.

Observación I. — Historia Clínica número 192.—M. C. A. Uruguaya, soltera, raza blanca, IV gesta, de 26 años de edad. Embarazada de 5 meses ingresa al Servicio porque se le ha aconsejado en vista de que tiene grandes edemas de los miembros inferiores. El análisis de la orina acusa gr. 2.55 de albúmina. Dieta láctea. Urotropina. Alta a los 8 días de su ingreso, conteniendo en sus orinas solamente gr. 0.13 de albúmina.

Observación II. — Historia Clínica número 264.—C. V. de M. Uruguaya, casada, raza blanca, I gesta. Embarazada a término ingresa, enviada de campaña el 20 de septiembre de 1929. Edema pronunciado de los miembros inferiores. El análisis de la orina acusa gr. 3.25 de albúmina. Régimen hídrico y después lácteo. Parto normal con feto vivo. Placenta con gran cantidad de infartos antiguos y recientes. Alta en buen estado con su hijo, el 5 de octubre.

Observación III. — Historia Clínica número 307.—P. V. de B. Española, casada, gran multípara, de 38 años de edad. Es enviada por un colega, porque acusa un dolor intenso en la parte superior del abdomen: Epigastrio e hipocondrios. Embarazada de 7 meses presenta además un tinte ictérico muy marcado. Aspecto de albuminúrica. Dieta hídrica, neo-paleol subcutáneo y análisis de orina.

El día siguiente la ictericia ha casi desaparecido, el análisis de orina acusa gr. 7.50 de albúmina. Tensión sanguínea: 16 máxima y 10 mínima. Se pide la investigación de la colesterina en el suero que da gr. 3.90. A las 48 horas de estar en el Servicio la enferma inicia su trabajo de parto, expulsando un feto muerto de 1400 gramos de peso. Placenta con gran cantidad de infartos blancos y recientes.

Dos días después, la albúmina ha disminuído a gr. 4.20, pero presenta algunos trastornos oculares. Se pide un examen de la vista que dió el siguiente resultado: "Retinitis gravídica a forma benigna con pocos exudados y ligeras hemorragias superficiales".

Alta el 25 de octubre, 13 días después de su ingreso, en buen estado.

Observación IV. — Historia Clínica número 624.—C. P. de M. Uruguaya, casada, I gesta. Ingresa en trabajo de parto con una dilatación de 3 ctms. y bolsa de aguas sana. La orina contiene gr. 2.95 de albúmina. Parto espontáneo con feto vivo. Placenta con gran cantidad de infartos. Alta en buen estado, habiendo permanecido 14 días en el Servicio.

Eclampsia

Es indudable que la eclampsia ha disminuído notablemente desde que las embarazadas concurren a las policlínicas para examinarse, pero aún se presenta con relativa frecuencia. En nuestro Servicio sólo han ingresado en un año de funcionamiento 2 enfermas, ambas multíparas y en ambas los ataques convulsivos estallaron después del parto: una inmediatamente y otra 10 horas después.

Ignoramos cuál es la naturaleza íntima del sindrome eclámptico. Es indiscutiblemente una manifestación convulsiva de la autointoxicación gravídica, pero cuando se trata de establecer cuál es la naturaleza del principio tóxico, es cuando aparecen un sinnúmero de teorías, ninguna de las cuales parece ser la verdadera.

Para Tarnier, el tóxico provenía del riñón, por lo cual sometía a sus enfermas al régimen lácteo para desintoxicarlas. Para Bouchard es el intestino el generador del veneno: las toxinas llegan al hígado, y no pudiendo este órgano destruírlas, pasarían a la circulación.

Al lado de las teorías que anteceden—insuficiencia del riñón y del intestino—debemos agregar las teorías hepática,

mamaria, microbiana, endocrínica, de la hipertensión, ovular, etc., etc. ninguna de las cuales explica satisfactoriamente el estallido de la eclampsia.

Siendo desconocida la patogenia de la intoxicación gravídica, no es posible establecer un tratamiento racional. De aquí la diversidad de medicamentos empleados y que no citaré aquí. Me ocuparé solamente de exponer el tratamiento que empleo en mi Servicio.

En primer término hacemos profilaxia: toda enferma que concurre a nuestra Policlínica es sometida a análisis metódicos de orina, y si se constata la presencia de albúmina se instituye de inmediato el régimen alimenticio correspondiente. Procedemos en igual forma con las embarazadas asiladas: análisis completo de orina cada semana y vigilancia extrema sobre aquellas que acusan albúmina o algún otro signo de intoxicación.

En la eclampsia declarada procedemos en la siguiente forma: desintoxicación inmediata-purgante (si la enferma está en coma, enema purgante), sangría bajo el control del Pachón o Vaquez, e inyecciones de sulfato de magnesia, endovenosa o intramuscular, según la gravedad del caso. La solución empleada para inyecciones endovenosas es al 10 por ciento e inyectamos 20 ctms. cúbicos por vez. Para la inyección intramuscular empleamos una solución al 25 % inyectando 15 ctms. cúbicos por vez. En general se practican tres inyecciones con dos horas de intervalo.

En cuanto al tratamiento obstétrico (evacuación uterina) sólo lo practicamos cuando el feto es viable, gozando de todas nuestras simpatías la cesárea abdominal.

Si el feto no es viable, o con mayor razón si está muerto, preferimos el tratamiento médico, y nos inclinamos a ello, porque hemos presenciado casos, y nosotros mismos hemos intervenido en algunos de ellos, en que después de la evacuación uterina los accesos han continuado y las enfermas han fallecido (Revista Médica del Uruguay, tomo XX, página 525).

Observación I. — Historia clínica número 258.—C. P.

de M. Española, casada, 40 años. Multípara. Ingresa al Servicio embarazada de 8 meses, porque está atacada de congestión pulmonar. Examinada del punto de vista respiratorio, por el Dr. Cozzolino, diagnostica córtico-pleuritis, estableciendo el tratamiento adecuado.

Es norma en la Clínica que toda embarazada que ingresa del público se le someta al régimen lácteo hasta tanto se obtenga el resultado del análisis de orina que se pide de inmediato. Con esta enferma siguióse el régimen acostumbrado, pero el resultado del examen de la orina sólo pudo obtenerse tres días después, por ser días festivos y no funcionar el laboratorio. El análisis dió 14 gramos de albúmina. Dieta hídrica y drásticos. No se hizo sangría porque la tensión era normal. El 25 de septiembre, 5 días después de su ingreso, se produce el parto espontáneo con feto vivo y diez horas después estalla un ataque de eclampsia, cayendo en coma. Se le hace el tratamiento indicado anteriormente. No tiene más ataques y tres días después el tenor de la albúmina ha disminuído a gr. 1.95. Continúa mejorando, su puerperio es normal y es dada de alta a los 25 días de su ingreso. Madre e hijo bien.

Observación II. — Historia Clínica número 652.—V. G. soltera, Uruguaya, 28 años, multípara. Es trasladada de otra sala del Hospital Pasteur, en estado comatoso. Al examinarla constatamos que se encuentra en trabajo de parto con dilatación completa y bolsa de aguas sana. Se rompe la bolsa de aguas y el parto se produce de inmediato, e inmediatamente también estalla un ataque de eclampsia seguido de coma y de un nuevo ataque. Se instituyó el tratamiento de la Clínica. 5 horas después tiene otro ataque, el tercero, que se repite en la noche y en la mañana siguiente. En total 5 ataques convulsivos. La enferma queda después en buen estado y no vuelve a tener ataques. Se le inyectaron 60 ctms. cúbicos de sulfato de magnesia al 10 % por vía endovenosa, en tres veces. Alta el 11 de abril a los ocho días de su ingreso. Madre e hijo sanos.

LAS PIELONEFRITIS

La localización del colibacilo en el riñón y en el basinete produce esta entidad mórbida, cuyo conocimiento es de data relativamente reciente. Albarram, en 1889 demostró la posibilidad de la infección renal por vía circulatoria y posteriormente Bar, Cathalá, Wallich, Couvelaire y Brindeau, publiearon trabajos en que se estudia esta afección dándole una personalidad bien definida.

Se trata habitualmente de una embarazada constipada que bruscamente es presa de escalofrío con la elevación de temperatura consiguiente, acompañada de dolores lumbares. El estado general impresiona como un estado infeccioso, con lengua saburral y con orinas de color obscuro cuyo examen bacteriológico acusa la presencia del colibacilo. Es el período presupurativo del Prof. Bar: hay bacteriuria sin piuria.

A este primer período que puede ser corto y en algunos casos hasta pasar desapercibido, sucede el período supurativo que se caracteriza por el dolor localizado en todo el trayecto del uréter y por la presencia de pus en la orina. La curva térmica es irregular con grandes oscilaciones. El tratamiento que instituímos en esta clase de enfermas es el siguiente: Régimen alimenticio: leche, verduras y fruta. Evacuación diaria del intestino. Diuréticos y urotropina.

Cuando estos medios no nos dan buen resultado, recurrimos en primer término a la terapéutica preconizada por Pasteau y Herbecourt: la distensión vesical acompañada de la vacunación (empleamos las autovacunas).

En ningún caso hemos tenido que recurrir al cateterismo uteral y lavado del basinete.

En un caso nos vimos obligados a interrumpir el embarazo.

Se han tratado en el año, 6 casos de pielonefritis, de cuya evolución dan cuenta los resúmenes siguientes:

Observación I.—Historia Clínica número 32.—D. F. de C. Uruguaya, casada, 40 años. Se trata de una III para, nefrítica antigua que ingresa a nuestro Servicio embarazada de 6 meses con grandes edemas. Nos dice que se siente mal desde 2 meses atrás y desde hace una semana comenzó a experimentar trastornos visuales que la han llevado a una ceguera casi completa. La orina contiene gr. 6.20 de albúmina y gran cantidad de cilindros hialinos y granulosos. El examen del fondo de ojo practicado por el Dr. Vázquez Barriere dió el siguiente resultado: neuro-retinitis bilateral con exudados y hemorragia.

Se procede a la evacuación de útero (laminaria, globo de Champetier de Ribes, extracción pélvica). Feto muerto y macerado.

La enferma abandona la Clínica 13 días después, bastante mejorada. Comienza a ver más claro y la orina sólo contiene gr. 0.28 de albúmina.

Observación II.—Historia Clínica número 283—A. A. Uruguaya, soltera, 28 años, multípara. Embarazada de 7 meses, acusa dolores en la región lumbar. La orina contiene albúmina y colibacilos. Régimen lácteo y urotropina. A los 15 días de permanencia en el Servicio se produce el parto espontáneo. Feto prematuro de 2000 gramos de peso. Puerperio normal. Alta en buen estado a los 22 días de su ingreso. Estado del hijo, bueno.

Observación III.—Historia Clínica número 436.—C. F. de M. Española, 40 años. Estuvo asilada en el Servicio hace 3 meses (parto espontáneo, eclampsia del puerperio). Su historia Clínica anterior corresponde al número 258 y se encuentra resumida en la página 47 en el capítulo correspondiente a la eclampsia. La orina acusa gr. 4,80 de albúmina y glóbulos de pus en abundancia. A los 4 días de estadía en la sala, sometida a régimen lácteo y urotropina se traslada a un Servicio de Medicina.

Observación IV.—Historia Clínica número 495. M. V. Soltera, IIpara. Embarazo de 6 meses. Dolores intensos en el flanco izquierdo y en todo el trayecto del uréter con exa-

cervación en el punto piélico y en el punto ureteral inferior. Ha tenido escalofríos. Temperatura 38 grados con 5. Tratamiento: urotropina intravenosa, distensión vesical y auto vacuna. Alta en buen estado después de 40 días de hospitalización.

Observación V.—Historia Clínica número 609. M. C. de S. Uruguaya, casada, IIIpara. Embarazo de 4 meses y medio con dolor en la región renal derecha. Tiene temperatura (38.6 grados). La orina contiene albúmina y gran cantidad de pus. Régimen lácteo y urotropina. Alta a los 8 días en buen estado.

Observación VI.—Historia Clínica número 629. R. C. de M. 34 años, casada. Embarazo de 6 meses con dolor en la región lumbar derecha. Orina conteniendo albúmina y colibacilos. Se instituye régimen lácteo y urotropina. Alta a su pedido a los 5 días de permanencia en el Servicio.

INFECCIÓN PUERPERAL

Si la Obstetricia ha hecho evidentes progresos en el tratamiento de distintas complicaciones del embarazo y el parto, no otro tanto podemos decir del tratamiento de la infección puerperal. Ciertas formas de septicemia puerperal escapan a toda terapéutica y los distintos tratamientos empleados, con raras excepciones, han fracasado por completo. En el momento actual no existe pues un tratamiento racional de la infección puerperal. Si bien es cierto que las inyecciones intravenosas de suero antiestreptococcico a dosis masiva (200 c. c. por vez) y las autovacunas a dosis elevadas (2000 a 3000 millones de gérmenes por c. c.) tratamiento ideado por nuestro colega el doctor Estol, ha triunfado en algún caso y nos ha hecho concebir algunas esperanzas con respecto a la curación de tan terrible forma de la infección puerperal (nos referimos a la estreptococia hemolítica) es necesario no olvidar que otro tanto pensamos cuando con el tratamiento por el *shoc* logramos salvar la primera enferma de infección puerperal hemolítica en la Maternidad del Hospital Pereira Rosell. La historia de tal caso clínico que fué recogida por mí en aquel entonces (año 1921) nunca fué publicada a la espera de otros casos favorables que desgraciadamente no se produjeron. Aprovecho esta oportunidad para publicarla como final de este capítulo simplemente como un tratamiento más a agregar a los muchos tratamientos de las septicemias puerperales a estreptococo hemolítico que tuvieron su época de auge y que cayeron en el olvido a raíz de repetidos fracasos.

Mi pesimismo sobre el tratamiento del doctor Estol radica en que en los dos casos que he tenido que tratar de septicemia a estreptococos hemolíticos, a pesar de haber instituido con toda fidelidad el tratamiento por el suero y las vacunas en la forma preconizada por este compañero, el resultado fué negativo.

En las endometritis puerperales, teniendo en cuenta los principios bien establecidos por nuestro maestro el Profesor Turenne en su lección inaugural del curso de Obstetricia de 1923 (Revista Médica del Uruguay — tomo XXVI — página 297), observamos una conducta conservadora: tratamos de mantener la contractilidad uterina mediante las inyecciones de pituosona y la aplicación de hielo sobre el hipogastrio.

Hemos tratado en esta forma en el año a que se refieren estos comentarios 7 casos de endometritis puerperales (Observaciones números 72 - 113 - 347 - 387 - 538 - 613) todos ellos correspondientes a partos efectuados fuera del Servicio y todos ellos con resultado positivo.

Un solo caso tuvimos de septicemia a estreptococo hemolítico. Corresponde a la observación número 52. Parto efectuado en ciudad y que es conducida al cuarto día de su puerperio a nuestro Servicio. Instituyo el tratamiento a que hemos hecho referencia anteriormente con resultado negativo.

Septicemia a estreptococus hemolíticos y choque coloidoclásico

Widal, Abrami y Brissaud propusieron hace algunos años un método nuevo para combatir distintas enfermedades y que consistía en la introducción en el organismo de albúminas heterogéneas. Según los autores nombrados, en toda afección, al lado de la intoxicación, proceso químico al cual se atribuyen la mayor parte de las perturbaciones observadas en patología, es necesario tener en cuenta también un proceso de naturaleza muy distinta de orden fisiológico, íntimamente ligado a la simple alteración del equilibrio coloidal de nuestros humores. Por tanto, en frente de la terapéutica clásica que solicita a la química sus agentes y sus medios de acción, se levanta una terapéutica nueva que pone en juego las reacciones de orden coloidal, cuyo sitio es el plasma.

Los estados patológicos en que el tratamiento propuesto puede emplearse, pertenecen a dos grupos: uno, en el cual, colocamos las afecciones cuyos síntomas fluyen de la alteración del equilibrio coloidal (enfermedades de la sangre), hemofilia, hemoglobinuria, anafilaxia) y en este caso el tratamiento tendrá por fin consolidar este equilibrio alterado; y otro segundo en el cual colocaríamos las *infecciones* en las cuales no buscamos la consolidación de un equilibrio plasmático alterado, sino que, por lo contrario tratamos de producir, con propósito deliberado, en los plasmas, un desequilibrio violento y rápido, cuyos efectos pueden ser saludables: *este es el tratamiento por el choque.*

La sustancia más empleada para producir el choque es la *peptona*. Introducida bajo la piel no produce ningún choque apreciable sino solamente una crisis hemoclásica muy ligera; pero introducida en la circulación general basta, por el contrario, para producir un choque de los más típicos. Nolf demostró en 1916 el rol anti-infeccioso de las inyecciones intravenosas de peptona en muchos casos de septicemias quirúrgicas, llegando a las mismas conclusiones que habían llegado Widal, Abrami y Brissaud, tratando por el mismo método las fiebres tifoideas, es decir que, el tratamiento por el choque, era capaz de producir dos efectos: por una parte la desaparición inmediata y algunas veces definitiva de la bacteriemia y por otra parte la curación rápida, y en ciertos casos inmediata, de la enfermedad.

Sin embargo, a pesar de los éxitos algunas veces extraordinarios obtenidos con el tratamiento por el choque en las enfermedades infecciosas, Widal, Abrami y Brissaud aconsejan no emplearlo como un procedimiento de práctica corriente, debido a la variabilidad inexplicable de sus efectos y a la imposibilidad de prever la violencia, algunas veces extrema, de sus reacciones. Debe reservarse solamente para aquellos casos excepcionales, en los cuales todas las terapéuticas han fracasado y cuya gravedad autoriza cualquier tentativa.

Todas las septicemias puerperales a estreptococus hemo-

líticos que hemos tenido en nuestra clínica han terminado fatalmente, a pesar de los distintos tratamientos empleados. Pensé pues, que estaba completamente justificado el emplear el tratamiento *por el choque,* a pesar de sus peligros, en el primer caso de esta especie que se nos presentara. Este no tardó en llegar y con anuencia de nuestro maestro el Profesor Turenne, empleé la peptona intravenosa con resultado verdaderamente halagador y satisfactorio. He aquí el caso de la referencia:

Observación clínica Nos. 7645 - 14712.

Luisa R. soltera 23 años.

Entrada a la clínica el 22 de Septiembre a las 10 p. m.

Antecedentes hereditarios: patológicos y obstétricos. Los padres viven y son sanos. La madre ha tenido 6 partos normales.

Locomoción normal.

Menstruación: a los 13 años, de tres a cuatro días de duración, indoloras, regulares en cantidad y aparición.

Antecedentes personales patológicos generales. Sarampión, grippe, eczema.

Antecedentes personales obstétricos. Ha tenido 4 embarazos contando el actual.

Los anteriores terminaron por partos y puerperios normales. De los 3 hijos le vive solamente uno, habiendo fallecido los otros; de congestión pulmonar uno y de bronconeumonia el otro.

Veo a esta enferma en ciudad el 22 de Septiembre a las 9 de la noche. Me dice que se encuentra embarazada de algo más de 2 meses (última menstruación el 10 de Julio) y que desde hace tres días pierde sangre por la vagina y restos placentarios. Ha tenido escalofríos y en el momento que la veo tiene 39 grados de temperatura. Al examen constato un útero grande, blando, permeable al dedo que toca restos placentarios, loquios con mucha fetidez y purulentos. Aconsejo su inmediato traslado a la Maternidad, lo que se hace esa misma noche.

Al día siguiente (23 de Septiembre) a las 9 a. m. prac-

tico un curetaje con la cureta roma, extrayendo restos placentarios abundantes y de muy feo aspecto. Escobillonado con glicerina trementinada y taponamiento con gasa yodoformada: dos tapones que deberán ser retirados esa misma tarde.

A las 12 m. tuvo un escalofrío de 20 minutos de duración elevándose la temperatura después de él a los 41 grados.

El 24 de Septiembre coloco un tubo de drenaje e instilo líquido Carrel. Los loquios son purulentos. El 25 de Septiembre anoto lo siguiente: el estado general no es bueno. Utero grande, blando en retroflexión y que no drena. La movilización es dolorosa. Anexo derecho aumentado y doloroso. Fondos de saco posterior y lateral izquierdo, completamente libres.

Abdomen flácido, sin defensa que se deja palpar muy bien. Anoche ha tenido otro escalofrío. Ordeno un hemocultivo, bolsa de hielo y dieta. Se le hace un abceso de fijación en el muslo derecho.

Septiembre 26. Sigue con temperatura elevada (39.2 grados) y en la tarde de ayer ha estado delirando. El abceso de fijación a las 24 horas no tiene reacción ninguna. El hemocultivo resultó positivo. *A las 20 horas se han desarrollado estreptococus hemolíticos.*

En vista de tratarse de una septicemia de carácter tan grave, encuentro justificado el tratamiento por el choque y con la autorización del Profesor Turenne resuelvo practicarlo.

Como en nuestra farmacia se tropiezan con dificultades insalvables para preparar la peptona, resuelvo emplear la del Instituto Biológico Argentino. A las 11 a. m. del 27 de Septiembre, tomo la tensión sanguínea mínima que me resulta de 6, e inyecto de inmediato medio c. c. de la solución de adrenalina al milésimo. A las 12, diez c. c. de peptona intravenosa *que no produce reacción ninguna.*

El 28 de Septiembre el estado sigue siendo de intensa gravedad con delirio, temperatura elevada y pulso blando, latiendo a 120. Hago otro abceso de fijación en el muslo iz-

quierdo. El abceso hecho anteriormente no tiene reacción ninguna.

En los días 29 y 30 el estado se mantiene estacionario. Se le han inyectado 8 c. c. de caldo Delbet que tampoco han producido efecto ninguno. La temperatura se mantiene elevada, el pulso rápido y blando. Los abcesos sin reacción de ninguna clase. El abdomen flácido se palpa con suma facilidad. En vista de que la peptona inyectada no produce choque de ninguna clase resuelvo emplear una preparada por nosotros. El farmacéutico, señor Ros, se encarga de ello, y después de asegurado de su perfecta esterilización inyecto el 1 de Octubre 10 c. c. intravenosos previa inyección de medio c. c. de adrenalina al milésimo por ser la tensión sanguínea mínima de 5.

A los quince minutos estalla un escalofrío intensísimo que duró 35 minutos y la temperatura después de él se elevó a 42 grados (constatada personalmente).

Al día siguiente, 2 de Octubre, la temperatura desciende a 36 grados y el pulso late a 80. El abceso de la pierna izquierda (el hecho últimamente) presenta bastante reacción.

El 3 de Octubre la temperatura vuelve a elevarse (39 grados) y el pulso sube a 120. A las seis p. m. previa inyección de medio centímetro cúbico de adrenalina, inyecto otros 10 c. c. de peptona intravenosa. A los 20 minutos se produce el escalofrío que dura 25 minutos y la temperatura después de él se eleva a 41.3.

El día siguiente la temperatura es de 36.8 y el pulso late a 88. Incindo el abceso de fijación del muslo izquierdo que da salida a regular cantidad de pus. Ordeno un nuevo hemocultivo. El abceso de fijación del muslo derecho empieza a reaccionar.

Octubre 5. Temperatura 36.8. Pulso 88. Se le cura el abceso que drena bastante. Estado general, bueno.

Octubre 6. Temperatura 36.4 grados, pulso 88. El hemocultivo *resulta negativo* a las 48 horas. El abceso de fijación del muslo derecho, está fluctuante por lo cual lo incindo y doy salida a bastante pus. Drenaje y lavado con Carrel.

Como la enferma se queja de un dolor intenso a nivel del sacro, la examino y constato una tumefacción también fluctuante que abro de inmediato. Sale un pus amarillento, bien ligado y de aspecto muy distinto al de los abcesos de fijación. Mando al laboratorio para su examen dando por resultado *estreptococus a cadenas cortas.*

En los días siguientes la enferma sigue en buen estado, sin fiebre y sus abcesos drenan abundantemente. El 16 de Octubre es dada de alta completamente curada.

Como vemos, pues, por la observación que antecede, es mucho lo que se puede esperar del tratamiento *por el choque.* En el caso que relatamos y que consideramos desde un principio, al ver el resultado del hemocultivo, mortal de necesidad, no nos queda la más mínima duda, de que el choque coloidoclásico ha salvado a nuestra enferma.

Pero esta observación nos demuestra también algo más. Nos demuestra que el método de Fochier, el abceso de fijación, como ya lo habíamos pensado de tiempo atrás, tiene sólo un valor pronóstico y nada más que un valor pronóstico. En cuanto a su valor terapéutico, este caso es la demostración palmaria de su valor negativo. En efecto, si nos fijamos con atención en la evolución de los abcesos de fijación en el caso que presento, veremos que éstos fueron absolutamente negativos mientras el organismo enfermo quedó librado a sus propias fuerzas y a sus defensas naturales. La acción terapéutica fué completamente nula. Los dos abcesos hecho el uno el 25, y el otro el 28 de setiembre, permanecieron sin reacción de ninguna clase, hasta el 2 de octubre en que empieza a reaccionar el hecho últimamente, y hasta el 4 de octubre el hecho en primer término, pero solamente muchos días después de las inyecciones intravenosas de peptona, cuando la acción terapéutica de este medicamento se había hecho ya sentir. Fué solamente cuando se había producido la desaparición inmediata de la bacteriemía, debido al choque coloidoclásico, que ambos abcesos reaccionaron, coleccionaron pus y nos indicaron que nuestra enferma evolucionaba hacia la curación, de la misma manera que nos habían hecho

pensar en la muerte inmediata cuando en los primeros días su reacción había sido completamente nula. Pensamos, pues, y con justa razón, que el método Fochier, precioso como valor pronóstico, no tiene a nuestro juicio valor terapéutico.

I

PLACENTA PREVIA

En enero de 1928 en los Cursos de Vacaciones dictados en el Servicio del Prof. Turenne, correspondióme el tema: Tratamiento de la Placenta Previa.

Reproduzco aquí la lección que dicté en aquella época, adelantando que en ella no hay nada original: es solamente un resumen de lo que piensan los distintos autores y tratadistas sobre etiopatología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de este sindrome tan grave del embarazo.

A continuación expongo cuál es el tratamiento que preferimos y que adoptamos en nuestro Servicio, acompañado de un resumen de las Historias Clínicas de los casos atendidos en él.

Etiopatogenia, Diagnóstico, Pronóstico y Tratamiento

La inserción viciosa de la placenta sobre el segmento inferior, más a menudo designada con el nombre de placenta previa, merece una atención especial por ser una de las complicaciones más graves de la preñez.

Desde tiempos antiguos los tocólogos ya conocían, no solamente las hemorragias graves que sobrevenían a veces en las mujeres embarazadas, y que ponían en serio peligro su vida durante los últimos meses del embarazo, y durante el parto, sino, también habían constatado que estas hemorragias coincidían con la presencia de la placenta en el orificio del cuello o en sus cercanías. Atribuían la presencia de la placenta en el orificio del cuello, a un desprendimiento prematuro de los anexos fetales seguido de deslizamiento, pues-

to que se aceptaba entonces que la placenta se insertaba siempre en el fondo uterino.

Estas ideas fueron combatidas por Portal, quien en 1685 demostró que la inserción placentaria podía hacerse en el segmento inferior del útero, lo que fué confirmado algunos años después por Levret al practicar una autopsia a una mujer muerta por hemorragia: la placenta recubría exactamente el orificio interno del cuello.

Conocidos y admitidos estos hechos es a Barnes, Tarnier, Budin, Pinard, etc., en los tiempos modernos, a quienes se debe el estudio completo anatomo-clínico de la placenta previa. Hasta Barnes, los límites del segmento inferior eran imprecisos. Fué este tocólogo quien los estableció en forma clara y precisa. La altura es aproximadamente de 10 centímetros. El límite superior lo constituye el anillo de Bandl, es decir, esa zona uterina en que bruscamente al espeso cuerpo uterino sucede una pared delgada correspondiente al segmento inferior. El límite inferior es el orificio interno del cuello.

Cuando la placenta se fija dentro de estos límites se dice que hay inserción viciosa; pero como la zona de inserción puede ser variable en su extensión, es decir, que la placenta puede invadir en totalidad o en parte esta superficie, se describen diferentes variedades de placenta previa. Cuando la placenta se inserta en parte sobre el segmento inferior o zona peligrosa de Barnes y su borde inferior queda a una cierta distancia del orificio interno del cuello uterino, se dice que la inserción es *lateral.* Si el borde placentario limita o está a nivel del orificio interno del cuello uterino, se dice que la placenta previa es *marginal.* Cuando el borde placentario cubre el orificio interno, se dice que la variedad es *centro-parcial,* reservándose el nombre de *centro-total,* a la variedad en que el centro placentario ocupa el orificio interno. Es a esta variedad que Jacquemier denomina *centro por centro.*

Brindeau y Jeannin consideran que esta división no es clínica: para ellos hay placenta previa central toda vez que

por el tacto intra-cervical se constata la presencia de cotiledones placentarios y no se alcancen las membranas.

A estas variedades que podríamos llamar clásicas, debemos agregar ahora otra y que sería la variedad *intra-cervical* en la que el óvulo vendría a desarrollarse en el conducto cervical muy cerca del orificio externo: sería la *placenta previa cervical.*

Esta variedad ha sido negada por muchos autores, debido a que la mucosa cervical no es apropiada para albergar el huevo; pero su existencia ha sido demostrada de una manera indiscutible, tanto clínica como anatómicamente.

El caso de Weis no deja lugar a dudas: se trataba de una multípara que en su quinto embarazo sufrió frecuentes hemorragias genitales que persistieron durante varias semanas (estaba en el tercer mes de su embarazo). En el noveno mes fué sorprendida un día por vómitos y al mismo tiempo por hemorragias genitales graves, que se procuró detener, aún cuando inutilmente, por la introducción de torundas de algodón en la vagina. Tan rápidamente como fué posible se le trasladó a la Clínica, a la que llegó, sin embargo, muy anemiada. Por la exploración se demostró que el orificio uterino permeable a dos dedos, estaba completamente lleno por tejido placentario blando, que sin embargo no pendía como en una placenta desprendida, sino que estaba sólidamente adherido, de modo que el desprendimiento subsiguiente fué extraordinariamente difícil y quedó una base de colgajos. En el labio anterior del orificio uterino se pudo demostrar el tejido placentario fijado hasta el orificio externo. La mujer pudo reponerse de la primera hemorragia, pero en los dos días siguientes se presentó fiebre, y por dicho motivo Weis practicó la extirpación vaginal total del útero, dejando abierta la hendidura peritoneal, pero sin éxito. Después de 4 días, la mujer muere de peritonitis. En la investigación microscópica del conducto cervical se encontró la mucosa transformada en una decidua laxa y plegada en que penetraban las vellosidades adherentes y se unían con los tabiques deciduales.

Podrían citarse además muchos otros casos de placenta previa cervical perfectamente comprobados, pero no lo creemos necesario y para no extender demasiado nuestro trabajo. Nos limitaremos solamente a agregar que es ésta una variedad muy rara (nosotros no la hemos encontrado nunca en el Servicio) que da lugar a hemorragias copiosísimas que terminan casi siempre por el aborto en el primer trimestre del embarazo.

Frecuencia

Del punto de vista anatómico se dice que hay placenta previa cuando medidas las membranas hay menos de 10 centímetros desde el borde placentario hasta el punto de ruptura de las membranas. Considerada así la placenta previa es muy frecuente; una por cada *cuatro partos*. Pero si sólo nos referimos a las placentas bajas que sangran, la relación es mucho menor. Las distintas estadísticas dan 1×250, 1×207, 1×134, 1×100.

En el Servicio del Profesor Turenne la relación es de 1×280.

Las variedades laterales y marginales alcanzan a un 80×100 quedando sólo un margen de 20×100 para las centrales. La centro-total es la más rara.

Etiología y Patogenia

Las causas que producen la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero, son todavía muy poco conocidas.

Sin embargo, se admite que esta complicación se observa más frecuentemente en las multíparas que en las primíparas, frecuencia que según Müller sería de un 85 × 100, de 90×100 según Füller y de un 70×100 según Simpson. En el Servicio del Prof. Turenne es de 83×100.

Para explicar esta frecuencia en las multíparas, la mayor parte de los autores se basan en que la cavidad uterina es mucho más amplia y sus paredes más flácidas y el huevo fecundado que no es mantenido cerca del orificio de las trompas por el contacto de las paredes como en las primíparas, deslizaría más fácilmente sobre el segmento inferior.

Para otros autores la cavidad uterina es más turgente en las multíparas y no mantiene el huevo en sus repliegues

Para explicar la inserción de la placenta en el segmento inferior se han emitido muchas teorías.

Duval, en 1855 sostenía que el huevo podía ser fecundado desde la trompa hasta la salida del útero; si es fecundado en el útero se producirá la turgencia de la mucosa de este órgano y contraerá adherencias, en caso contrario puede llegar hasta el segmento inferior y ser fecundado allí contrayendo adherencias y dando lugar por consiguiente, a una inserción baja de la placenta.

Para Stein, la causa de la inserción de la placenta en el segmento inferior, sería debido al volumen exagerado del huevo.

Mureau piensa en la contracción exagerada de las trompas que lanzarían el huevo fecundado hasta el segmento inferior.

Pinard cree que la trepidación de los vagones en un largo viaje, poco tiempo después de la concepción, puede determinar el desplazamiento del huevo.

Para algunos autores, las emociones vivas pueden actuar provocando contracciones uterinas intempestivas que rechazarían el huevo apenas salido de la trompa, hasta la parte inferior de la cavidad uterina.

Entre las causas que predisponen a la inserción previa de la placenta, podemos citar el embarazo gemelar con placentas aisladas o no. Como éstas ocuparían una superficie considerable de la cara interna del útero, no es raro ver una parte de estas placentas insertarse sobre el segmento inferior.

Otras de las causas que predisponen a la inserción de

la placenta sobre el segmento inferior, sería debido a la desembocadura de las trompas en este segmento, y por tanto es allí donde el huevo fecundado contrae adherencias y dando lugar por lo tanto a una placenta previa.

Como vemos, hasta ahora ninguna teoría explica satisfactoriamente el tema que estudiamos. Ninguna de las interpretaciones reposan sobre un fundamento sólido. Un solo punto no admite discusión: siempre que hay placenta previa hay una inflamación de la mucosa uterina, *hay una endometritis*. Encontramos, pues, como antecedentes casi constantes estos dos: *multiparidad* y *endometritis*.

Esto es, a grandes rasgos, lo que podemos decir de la etiología de la placenta previa. Más obscura, si es posible todavía, es la patogenia. Las teorías que tratan de explicar cómo y por qué la placenta ocupa una parte más o menos considerable del segmento inferior, son muchas.

Hoffmeier en 1888 en el congreso de Halle, a continuación de una discusión provocada por Ahlfeld, mostró una pieza anatómica proveniente de una mujer muerta por una hemorragia sobrevenida durante un embarazo gemelar, con placenta situada por encima del cuello. Examinando esa pieza, se apercibió que las vellosidades se habían desarrollado en gran parte en la caduca ovular a nivel de la zona de reflexión, observación que le sirvió para formular su teoría en la cual él supone que en ciertos casos, las vellosidades que penetran en la caduca ovular, en vez de atrofiarse como habitualmente pasa, persisten, y cuando más tarde, las dos caducas, uterina y ovular, se reúnen, estas vellosidades se hacen de más en más vivaces, penetran en la caduca uterina y vienen a constituir una placenta que puede insertarse cerca del orificio interno del cuello y las vellosidades que están en relación con la serotina y que vendrían a constituir la placenta normal, se han atrofiado.

Hoffmeier cree que esta formación de la placenta refleja es favorecida por una endometritis anterior que ha provocado una hipertrofía de la mucosa.

Las ideas de Hoffmeier fueron aceptadas entusiasta-

mente por Dehrm, Schroeder y otros, pero intensamente discutidas en Francia donde costaba admitir que una caduca atacada de endometritis pudiera presentar una superficie de implantación más favorable a nivel de su porción refleja que en cualquier otro punto.

En los últimos tiempos, Kellman ha expuesto una nueva teoría. El supone que la placenta se desarrolla sobre un punto donde el alantoide viene a fijarse sobre el corión, y si esta membrana vascular aborda el huevo en su parte inferior, se produciría una placenta previa.

En resumen, podemos decir que la patogenía de la placenta previa no está completamente dilucidada.

El solo hecho que parece cierto y que hemos expuesto anteriormente es que la *endometritis y la multiparidad* juegan un gran rol en su producción.

La implantación anormal del huevo determina en la placenta previa una serie de anomalías del cordón umbilical y de la forma de la placenta. En cuanto al cordón, su inserción es a menudo excéntrica, cerca del borde placentario lo más comunmente (inserción lateral) y otras veces sobre las membranas (inserción velamentosa), lo que predispone a su procidencia, viniendo a agravar aún más el pronóstico fetal de la placenta previa.

La placenta previa es en general de poco espesor y muy extendida, debido a que se fija sobre una caduca enferma y mal alimentada, y es en la variedad de placenta que estudiamos dónde se presenta con más frecuencia la ***placenta marginada***, es decir, una placenta cuyas vellosidades coriales se desarrollan con especial intensidad en el borde.

Sintomatología

DURANTE EL EMBARAZO.—Hay un solo signo que podríamos llamar patognomónico, tanto durante el embarazo como en el curso mismo del trabajo y aún en la puerperalidad: *la hemorragia*.

Lo más común es que se presente en los 3 últimos meses del embarazo. Esta hemorragia se caracteriza generalmente por la ausencia de causa aparente. La historia es siempre la misma: durante el día, o en la mitad de la noche, cuando la mujer está en reposo, tranquila, sin el menor dolor, se siente bruscamente mojada y cree que son las aguas. Al examinarse se encuentra inundada de sangre. La primera hemorragia es generalmente poco considerable y se detiene por completo al cabo de algunas horas, y las pacientes repuestas, no le dan mayor importancia y vuelven a sus ocupaciones ordinarias. Pero desgraciadamente estas hemorragias se repiten, y se repiten a intervalos muy variables. Al cabo de algunas semanas o algunos días; o solamente al cabo de algunas horas, sobreviene una nueva hemorragia más abundante que la primera; después una tercera en intervalo más próximo y estas hemorragias conducen a la enferma a un estado de anemia grave y sucumbe a continuación de una nueva hemorragia. Comunmente estas hemorragias no se acompañan de dolor ni de contracciones uterinas, ni tampoco contienen gruesos coágulos; pero puede suceder que la sangre se acumule en los fondos de saco vaginales, donde se coagula y de donde más tarde es expulsada en masa al exterior.

En resumen, pues, la característica de estas hemorragias es la de ser inmediatamente externa, sin acumulación de sangre en el interior del útero y de ser *indoloras* y a repetición de más en más abundante.

¿Cuál es la causa de la hemorragia?

Una de las primeras teorías que trata de explicar el mecanismo de estas hemorragias, es la de Jacquemier, en 1846, que dice: durante los 6 primeros meses del embarazo el segmento superior del útero se desarrolla más que el segmento inferior, y como la placenta tiene también su máximo de desarrollo durante esos 6 primeros meses, si ésta está insertada en el segmento uterino que se desarrolla al mismo

tiempo, estas inserciones y sus relaciones no son perturbadas. Al contrario, en los 3 últimos meses del embarazo, el segmento inferior del útero se desarrolla más que el segmento superior, mientras que el volumen de la placenta permanecería casi estacionario; resultaría entonces que la placenta no podrá seguir la expansión uterina y habrá separación, desprendimiento y por consiguiente, hemorragia.

La teoría de Jacquemier o teoría de la distensión del segmento inferior es aceptada por muchos autores.

Para Schröeder la causa fundamental de la hemorragia se encuentra en el deslizamiento de la pared uterina sobre el huevo. Cuando el cuello comienza a borrarse, el polo inferior del huevo constituído por las membranas, distiende el segmento inferior del útero y se insinúa en el orificio interno, produciéndose entonces un verdadero deslizamiento a nivel de las membranas. En los casos de placenta normalmente insertada, este deslizamiento puede producirse sin inconveniente, porque se hace entre el corion y el amnios. En cambio, en los casos de placenta previa el deslizamiento se produce a nivel de la caduca interuteroplacentaria, decola la placenta y se provoca la hemorragia.

Esta teoría es aplicable solamente a las hemorragias del comienzo del trabajo.

Por último, tenemos la teoría de Pinard o teoría del tironeamiento de las membranas: la contracción uterina propulsa hacia adelante las membranas del polo inferior del huevo que tiran sobre la placenta. Si ésta está normalmente insertada, la elasticidad de las membranas repartiéndose igualmente hacia los lados y sobre una gran altura, el tironeamiento es insuficiente para producir un desprendimiento. Pero si la inserción es baja, esta elasticidad acciona del lado más corto y por lo tanto hay desprendimiento placentario. Las ideas de Pinard son las más generalmente admitidas y las que explican la producción de la hemorragia en la mayoría de los casos.

La hemorragia no es siempre el signo inicial de la placenta previa. Si bien es el más frecuente, hay casos en que la

ruptura prematura de las membranas suele precederla y aparecer sin la sintomatología alarmante y peligrosa que se constata en la primera. Es en estos casos en que por lo común la hemorragia no aparece hasta el comienzo del trabajo, salvo los casos en que el orificio de ruptura no es lo suficiente grande y las membranas, a pesar de esta solución de continuidad, tienden a tirar de la placenta.

Como una consecuencia natural de la ruptura de las membranas, es el parto prematuro, cuya producción se hace en 1/3 de los casos en que la placenta se inserta en el segmento inferior.

La placenta previa da lugar a presentaciones viciosas, pues su presencia en el segmento inferior modifica las leyes de la acomodación e impide el encajamiento de la cabeza. Son comunes las presentaciones de nalgas y las de hombros. Al tacto, cuando se trata de una presentación de vértice, encontramos la cabeza, lo más frecuentemente en el estrecho superior móvil, y en lugar de tener una sensación de peloteo bien neto, tendremos una sensación muy disminuída. Como la cabeza fetal está separada de nuestro dedo por la masa placentaria, el segmento inferior del útero nos parecerá más grueso que en estado normal. Si movilizamos la cabeza, apoyando sobre ella a través de la pared abdominal, las sensaciones serán entonces más netas. Esta sensación de colchón se percibe a veces tan claramente, que en diversos casos hemos podido sospechar la presencia de una inserción baja de la placenta, mucho antes de la aparición de la hemorragia.

En cambio, en otros casos las sensaciones no son claras y nos vemos obligados a practicar el tacto intrauterino, pero esto debe hacerse con mucha precaución, con extrema dulzura, para no provocar la hemorragia. En la variedad lateral de la placenta previa, con el dedo se podrán reconocer las membranas gruesas, rugosas y poco móviles. En la variedad marginal se puede reconocer el borde placentario adherido o desprendido del útero y avanzando algunas veces sobre el orificio mismo. En la variedad central completa o incompleta, el dedo podrá reconocer directamente la masa placentaria.

SINTOMAS DURANTE EL TRABAJO.—Como durante el embarazo el síntoma principal de la placenta previa durante el trabajo es la hemorragia, y presenta los mismos caracteres ya señalados al hablar de la sintomatología durante el embarazo. Estas hemorragias pueden aparecer por primera vez durante el trabajo de parto. Según Depaul, la hemorragia aumentaría durante las contracciones uterinas, carácter que él ha querido atribuir a las hemorragias producidas por la placenta previa, en oposición a las hemorragias producidas por el desprendimiento prematuro en los casos de inserción normal, pues éstas se observan en los intervalos de las contracciones uterinas; pero esto no es cierto sino en aquellos casos en que las membranas se encuentran intactas, pues cuando las membranas están rotas, las contracciones uterinas empujan la presentación contra el segmento inferior del útero, comprimiendo de esta manera los vasos uteroplacentarios y la hemorragia se detiene, como sucede en los casos en que las pérdidas son debidas al desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada.

El tacto durante el trabajo, a más de revelarnos la existencia de una presentación elevada sin tendencia al encajamiento, nos permite llegar a las membranas espesas e irregulares en las placentas laterales, y llegar hasta el borde placentario en las marginales. Cuando la placenta es central, el orificio del cuello está llenado por una masa blanduzca que sangra abundantemente, formada por los cotiledones. Este examen debe ser prudente y es necesario evitar la introducción del dedo entre la placenta y el segmento inferior, puesto que se aumenta el desprendimiento, y como consecuencia de ello, una hemorragia mayor.

La marcha del parto en la placenta previa es muy variable, según se trate de una primípara o de una multípara; de una presentación normal o anormal, de una variedad lateral o central.

Comunmente el trabajo de parto es irregular, lento y hay a menudo inercia uterina que puede ser debida a muchas causas.

La placenta impide a la parte fetal el apoyarse sobre el cuello uterino, retardando así la dilatación. Así que, inercia uterina, dilatación lenta, ruptura prematura de las membranas, encajamiento tardío, son todas causas que prolongan el trabajo de parto, lo que viene a ser una causa más de agravación para el pronóstico. En algunos casos, sin embargo, el trabajo marcha rápidamente, sobre todo en las multíparas, debido a que el cuello y el segmento inferior están reblandecidos, lo que favorece a que la dilatación se haga rápidamente.

Otras complicaciones que se observan durante el trabajo es la procidencia o procúbito del cordón que viene a agravar aún más el pronóstico fetal ya bastante amenazado por las repetidas hemorragias maternas.

Señalaremos por último una anomalía bastante excepcional: la salida de la placenta antes que el feto. La placenta desprendida totalmente, es rechazada al exterior por la parte fetal que se encaja.

SINTOMAS DURANTE EL ALUMBRAMIENTO. —Lo más a menudo es que expulsado el feto, cese la hemorragia. Pero no es desgraciadamente siempre así, pues vemos persistir las hemorragias a causa de adherencias anormales, de la placenta, a la inercia uterina, a desgarraduras del segmento inferior o desgarros del cuello. Por estas razones debe procederse de inmediato al alumbramiento artificial.

Personalmente practico sistemáticamente el alumbramiento artificial. Inmediatamente de extraído el feto procedo a extraer la placenta.

Diagnóstico

El diagnóstico de la placenta previa se puede hacer fácilmente con los signos que hemos enumerado al hablar de la sintomatología.

Cuando una mujer embarazada es sorprendida durante el curso de su embarazo o durante el trabajo, por una hemo-

rragia importante, se puede suponer la presencia de la placenta previa, a menos que no sea evidente otra causa de hemorragia, pues muchas son las causas que pueden dar lugar a este síntoma.

Las hemorragias por ruptura de várices genitales, pueden desde un comienzo tomar proporciones alarmantes y hacer pensar en una placenta previa. Pero comunmente estas hemorragias son siempre súbitas y no han sido nunca anunciadas por pérdidas anteriores de menor gravedad, y además se puede ordinariamente conocer la causa traumática que las determina. El tacto vaginal no constata la presencia de la placenta sobre el cuello, y al examen directo, valiéndose de un especulum se podrá ver bien de dónde proviene la hemorragia.

Los casos de ruptura del seno circular dan lugar a una hemorragia, aunque la placenta se inserte en el segmento medio o superior del útero. Esta hemorragia es silenciosa y ordinariamente muy poco abundante, y puede sobrevenir, sea durante el embarazo o sea durante el trabajo de parto. Maygrier le atribuye a esta hemorragia durante el trabajo de parto los signos siguientes: intermitencia, que es simultánea con las contracciones uterinas y que no cesa mientras dura la contracción uterina.

Las hemorragias debidas al desprendimiento de la placenta normalmente insertada, son internas, y la sangre, en poca cantidad que sale al exterior es decolorada o negruzca en coágulos. La mujer presenta todos los síntomas de una hemorragia grave y, sin embargo, la salida al exterior es muy poco abundante. Esta hemorragia interna va acompañada de dolores abdominales, deformación del vientre y aumento de la consistencia del útero. La dureza leñosa del útero, la presencia de albúmina en las orinas, la hipertensión bastará para hacer el diagnóstico. La endometritis hemorrágica es a veces difícil de diferenciar de la placenta previa, tanto más desde que es una de las causas de inserción de la placenta en el segmento inferior. Se puede, sin embargo, observar que en la endometritis, las hemorragias sobrevienen en los primeros

meses, y es muy raro que sean abundantes, y el útero es doloroso. En los intervalos de los derrames sanguíneos, la mujer pierde una serosidad más o menos teñida.

En las ulceraciones del cuello, las hemorragias son mínimas y se manifiestan en los primeros meses y se reconocen fácilmente al espéculo. En el epitelioma del cuello grávido, la hemorragia puede ser tomada por una placenta previa, y los botones cancerosos por los cotiledones placentarios, pero bastará examinar con el especulum para establecer el diagnóstico.

En las desgarraduras del cuello durante el trabajo se puede igualmente observar una hemorragia más o menos abundante, y como la parte fetal viene a formar tapón, la hemorragia no se observa más hasta después de la salida del feto, y el examen directo nos permitirá ver que esta sangre proviene de las desgarraduras del cuello.

Las hemorragias producidas por la mola hidatiforme son precedidas de dolores abdominales y lumbares, además, dispnea y muy frecuentemente albuminuria. Estas hemorragias se caracterizan por ser muy precoces, apareciendo por primera vez antes del tercer mes y más comunmente antes del segundo mes y recidivan frecuentemente. En los intervalos de estas pérdidas sanguíneas se producen derrames serosos o serosanguinolentos a los cuales Quenú les atribuye una gran importancia para su diagnóstico. Además, el útero tiene un volumen exagerado en relación a la edad del embarazo y a la auscultación no se oyen latidos fetales.

Las hemorragias producidas durante el trabajo por ruptura de los vasos fetales, cuando hay inserción velamentosa del cordón, son poco abundantes y por el tacto se puede llegar a sentir latir una arteria a nivel de las membranas.

Por medio del tacto son muy posibles los errores de diagnóstico. Se puede tomar un cáncer del cuello por cotiledones: como hemos dicho anteriormente, el examen al espéculo disipará toda duda.

Se puede también más fácilmente confundir una inserción de placenta previa con un fibroma del cuello o del seg-

mento inferior, tanto más que el fibroma se reblandece durante el embarazo, pero el fibroma no produce hemorragia durante el embarazo y su forma es más irregular, y la constatación de otro fibroma a continuación o a distancia del primero, bastará para aclarar el diagnóstico.

Puede suceder todavía que se forme un coágulo adherido al orificio interno del útero o en su contorno y haga creer por su consistencia más o menos fibrinosa, que se trata de un cotiledón placentario. Pero este coágulo se rompe fácilmente y su desgarradura es bien neta, mientras que un cotiledón es resistente y su desgarradura da al dedo la sensación de un tejido fibrilar.

La placenta normalmente insertada puede desprenderse y de esta manera podrá fácilmente deslizarse hasta el nivel del orificio interno, y el dedo puede entonces llegar directamente sobre los cotiledones. Pero cuando se examinan las membranas después del alumbramiento, se podrá ver que el orificio de salida del feto está alejado del reborde placentario.

En algunos casos de inserción previa placentaria puede suceder que no se acompañe de ningún síntoma durante el embarazo o en el trabajo y no se reconocerá sino después del examen de las membranas. Si se mide la distancia que separa el punto más próximo de la desgarradura de las membranas al borde placentario, se podrá de este modo determinar la altura a la cual se encontraba insertado el reborde placentario del orificio interno del cuello. Pero hay que tener en cuenta la dirección de la desgarradura de las membranas con relación al borde de la placenta; si el desgarro es paralelo al borde de la placenta, la mensuración es exacta; si en lugar de ser paralelo es oblicuo o perpendicular, siempre habrá un error de varios centímetros.

Ahora en cuanto al diagnóstico de la variedad de placenta previa, se podrá hacer por medio del tacto. En la inserción marginal, en el comienzo del trabajo, se siente el reborde placentario adherente al nivel del orificio interno. En la variedad central, siendo la dilatación completa, el dedo podrá reconocer los cotiledones que se encuentran sobre todo

el contorno del orificio interno, estando más o menos adherida.

Pronóstico

La placenta previa es una de las complicaciones más graves de la puerperalidad.

Basta observar las estadísticas publicadas por varios autores para darse cuenta exacta de la considerable mortalidad causada por estas hemorragias en la inserción de la placenta previa. La mortalidad, según Depaul, es de un 33 %, según Müller es de 23 % y según Simpson es de un 33 %. Pero estas estadísticas son un poco antiguas y felizmente las actuales nos dan un resultado un poco más satisfactorio: Veit acusa una mortalidad de 7.2 %; Pinard, 2.36 % y Pohl, 3.8 %. El porcentaje de nuestro Servicio es de 3.33 %.

Este resultado de mejoría de las estadísticas es debido en gran parte a los progresos de la asepsia y por otra parte a un tratamiento más apropiado que nos permite actuar más pronto y más eficazmente, y a los mejores cuidados a que se somete a las enfermas anemiadas, debiendo figurar en primer término la transfusión de sangre que nuestro compañero Estol practica con rara habilidad.

Estamos plenamente seguros que la transfusión ha arrancado de la muerte a un buen número de mujeres que fatalmente hubieran sucumbido.

La muerte puede sobrevenir por hemorragia, raramente antes de la salida del feto, comunmente después que éste ha sido expulsado.

Otra de las complicaciones más importantes que viene a agravar el pronóstico después de la hemorragia y sobre la cual ha insistido mucho el Prof. Bar, es la infección, cuya frecuencia en la placenta previa es debida al estado en que se encuentran estas mujeres, cuyo organismo anemiado no puede defenderse bien, y a las numerosas maniobras intrauterinas u operatorias que se realizan para obtener la hemostásis. La herida placentaria encontrándose muy próxima al cuello,

puede infectarse muy fácilmente, siendo la flebitis úteropelviana una de las formas de infección que más frecuentemente se observa en la placenta previa. Otra de las complicaciones que vienen a menudo a complicar la flebitis úteropelviana, es la flagmasia alba dolens.

El pronóstico de las hemorragias por insçrción de placenta baja, puede variar según la variedad de que se trate. En las inserciones laterales las hemorragias son poco abundantes y muy raramente se repiten y la ruptura amplia de las membranas cohibe siempre la hemorragia. En la variedad marginal el pronóstico es más grave y mucho más en la variedad central.

La marcha del parto en la inserción baja de la placenta tiene su rol importante en el pronóstico. En presencia de una multípara cuyo cuello es blando y que se dilata fácilmente, se podrá terminar rápidamente el parto que substrae de esta manera a la paciente a una hemorragia prolongada. Al contrario, si se trata de una primípara a cuello largo y rígido o de una multípara con cuello resistente, el trabajo de parto será más prolongado y por lo tanto más abundante la hemorragia y el pronóstico será mucho más grave.

Las desgarraduras del segmento inferior que se observan en algunos casos, son muy graves y se terminan muy a menudo por la muerte.

PRONOSTICO FETAL.—El pronóstico fetal es mucho más grave que el de la madre. Mueren el 50 % de los fetos, debido al desprendimiento placentario en el cual una gran porción de placenta no puede funcionar y debido a este desprendimiento, el feto no recibe más que una pequeña cantidad de oxígeno y muere por asfixia.

Son causas también de la muerte fetal, la procidencia del cordón y los traumatismos a que está expuesto debido a las intervenciones. Agrava también el pronóstico fetal el hecho de que casi siempre se trata de fetos prematuros mal desarrollados, que han sufrido durante el trabajo y que por ser seres débiles no pueden resistir y fallecen a los pocos días del nacimiento.

Tratamiento

Los grandes peligros ocasionados por la placenta previa son dos: la hemorragia y la infección. Para evitarlos la concepción moderna de su tratamiento es la siguiente:

Procedimientos obstétricos: ruptura de membranas, globo dilatador de Champetier de Ribes, método de Braxton-Hicks y parto metódicamente rápido.

Procedimientos quirúrgicos: cesárea abdominal y cesárea vaginal.

INDICACIONES DE LOS DIVERSOS PROCEDIMIENTOS.—Durante el embarazo, tratándose de una multípara que ha tenido una hemorragia poco abundante: espectación y reposo. Si la hemorragia se detiene y durante las 48 horas siguientes no se ha reproducido, se puede permitir que la enferma se levante, pero observando sobre ella una vigilancia activa. Si aparece una segunda hemorragia y si ésta no es abundante, si el embarazo no es de término, se puede esperar, pero trasportando a la enferma a un medio quirúrgico. Si la hemorragia es abundante urge ante todo diagnosticar la variedad de placenta previa. Si es central, operar de inmediato, eligiendo la vía alta: cesárea abdominal. Si es lateral, ruptura amplia de las membranas. Si la hemorragia cesa, esperaremos el parto espontáneo. Si la hemorragia continúa, elegiremos alguno de los métodos obstétricos anotados anteriormente: globo de Champetier de Ribes o maniobra de Braxton-Hicks, y a la dilatación completa se terminará el parto por forceps o versión, seguida de alumbramiento artificial inmediato. Personalmente preferimos el globo de Champetier de Ribes, reservando el Braxton Hicks para los casos de feto muerto.

Cuando se trata de primigestas cuyo embarazo no es a término y la hemorragia es discreta, debe esperarse. Si se produce una segunda hemorragia y y ésta nos obliga a in-

tervenir, cuando la placenta es lateral algunos autores prefieren la cesárea vaginal; en caso de placenta central, cesárea abdominal. En ambos casos opto por la cesárea abdominal.

Las hemorragias que se producen durante el trabajo de parto se tratan en la siguiente forma:

Las multíparas con cuello blando y algo dilatado si la variedad de placenta es lateral, son pasibles de los tratamientos obstétricos: ruptura amplia de las membranas, globo de Champetier de Ribes o maniobra de Braxton Hicks, versión o forceps con alumbramiento artificial inmediato. Cuando la placenta es central y las condiciones de asepsia están llenadas: cesárea abdominal clásica. Cuando nos encontramos frente a un caso infectado: cesárea e histerectomía.

Enfrente a primíparas con cuello largo y multíparas con cuello rígido y cicatricial: cesárea abdominal.

En estos últimos tiempos Jeannin ha hecho cesáreas vaginales en casos de placenta previa, con éxito. Las reservas para las inserciones laterales que dejan libres toda la zona anterior y posterior del segmento inferior y preferentemente cuando se trata de una presentación de vértice y que la cabeza está fija. En estos casos la sección mediana no presenta ni dificultades ni inconvenientes. Da luz suficiente para extraer el feto y es menos grave para la madre que una sección abdominal.

Durante el año de funcionamiento han ingresado a nuestro Servicio 6 enfermas con síndrome hemorrágico por placenta previa. El tratamiento instituído fué el siguiente:

Parto espontáneo, alumbramiento artificial	2
Dilatación con globo de Champetier de Ribes-Evacuación uterina	2
Cesárea clásica	1
Cesárea baja transperitoneal-krönig-Beck	1

HISTEROTOMÍA ABDOMINAL

La operación cesárea figura actualmente en el cuadro de las operaciones obstétricas corrientes. Gracias a los progresos de la profilaxia de las infecciones operatorias, su campo se ha extendido enormemente, beneficiando de ella, no solamente las estrecheces pelvianas, sino también las distocias por obstáculos de las partes blandas, la placenta previa, la eclampsia, la procidencia de los miembros y del cordón, y en todos aquellos casos en que se hace necesaria la evacuación rápida del contenido uterino, cuando las vías naturales representan alguna dificultad o peligro para ello.

En nuestro Servicio hemos practicado en el año 6 operaciones cesáreas: 2 por estrechez pelviana, 2 por distocia de las partes blandas y 2 por placenta previa complicada con presentación transversa.

En 4 casos la *cesárea clásica* ha sido la operación elegida y en los dos restantes optamos por la cesárea baja transperitoneal por el procedimiento Kröning-Beck.

Hemos practicado la cesárea clásica en los *casos puros*: bolsa de aguas sana o rota de poco tiempo y en enfermas en que se han hecho pocos tactos. La cesárea baja la hemos reservado para los *casos impuros*: bolsa de aguas rotas precozmente y desde muchas horas atrás, tactos repetidos y en alguno de ellos, intervenciones anteriores (tentativas de forceps o versión).

No hacemos inyecciones previas de ergotina como profilaxia de las hemorragias uterinas durante el acto operatorio. Utilizamos para cohibirlas, ya sea el masaje directo sobre el útero o la inyección intraparietal de adrenalina.

La técnica operatoria en ambos casos es la siguiente:

CESAREA CLASICA.—Anestesia general al éter. Posición de Trendelenburg moderada. Incisión supra e infra umbilical. Exteriorización del útero y cierre temporal de la

cavidad abdominal con pinzas de Museux. Protección cuidadosa de la cavidad peritoneal con compresas de gasa insinuadas entre el útero y la pared abdominal. Incisión uterina sobre la pared anterior y fondo. Extracción del feto. Cambio de campo operatorio. Alumbramiento. Sutura de la pared uterina a tres planos siguiendo la técnica del Prof. Ubaldo Fernández de la Maternidad del Hospital Alvear de Buenos Aires, que es la siguiente: plano profundo muscular justa mucoso en surjet a puntos muy aproximados (plano barrera entre la cavidad uterina y la herida de la pared del útero), plano medio, músculo-muscular a puntos separados (plano de resistencia) y plano superficial sero-seroso en surjet a puntos aproximados (plano de peritonización). Reposición del útero a la cavidad abdominal y clausura de la pared a tres planos: peritoneal y aponeurótico con catgut en surjet y piel con crin o agrafes.

CESAREA BAJA TRANSPERITONEAL.—Incisión infraumbilical de 15 cents. yendo desde la sínfisis hasta la cicatriz umbilical. Protección cuidadosa con compresas. Colocación del separador pelviano y otro bilateral de Ricard. Bien expuesto el segmento inferior, incindimos el peritoneo transversalmente y lo desprendemos hacia arriba y hacia abajo, insistiendo sobre todo hacia abajo de manera a separar la vejiga que ha sido vaciada anteriormente y colocada una sonda a permanencia. El colgajo peritoneal inferior conjuntamente con la vejiga es tomado con una ancha valva y llevado bajo la sínfisis. Incisión longitudinal del segmento inferior colocando en toda su extensión pinzas de anillo. Extracción del feto ya sea introduciendo un dedo en la boca o ya valiéndose del forceps. Extracción de la placenta. Sutura de la pared uterina a dos planos: uno profundo a punto separados tomando toda la pared, y otro superficial en surjet reforzando el primero. Sutura del peritoneo visceral fijando primero el colgajo superior por algunos puntos y pasando por encima de él el colgajo inferior que eleva consigo a la vejiga (sutura en redingote). Cierre de la pared a tres planos.

Cesárea abdominal clásica

Observación I. — Historia clínica número 53. Año 1929. D. G. de P. Uruguaya, casada, primigesta, raza blanca, ingresa a la Maternidad del Hospital Pasteur el 2 de Junio en trabajo de parto.

Antecedentes hereditarios. — No tienen importancia.

Antecedentes personales. — Menstruó a los 10 años. Sus reglas fueron siempre regulares, de tres a cuatro días de duración, pero muy dolorosas, por lo cual fué consultado un médico que diagnosticó vagina doble. No ha tenido amenorreas ni metrorragias.

Antecedentes patológicos. — Sarampión, y por dos veces afecciones pulmonares de bastante gravedad (pneumonia?).

Embarazo actual. — Ultima menstruación a fines de Octubre de 1928. Pequeñas pérdidas sanguíneas en el tercer mes del embarazo. Fué vista por un tocólogo quien comprobó la existencia de un tabique vaginal, pero no le dió mayor importancia del punto de vista del pronóstico del parto. Altura uterina 28 cents. Presentación de nalgas muy elevadas, sacra derecha. Latidos fetales a 135 algo débiles.

Al tacto constatamos un tabique vaginal casi completo. Sólo es accesible el cuello uterino por un orificio lateral izquierdo que da apenas paso a un dedo, y por detrás de él se siente el cuello uterino con una dilatación de 3 a 4 cetms. Bolsa de aguas intacta. El tabique es de consistencia fibrosa, de bastante espesor y en su parte derecha parece estar en contacto con el cuello uterino, lo que nos da la sensación de que su dirección es oblicua de derecha a izquierda y de atrás a adelante. Decido de inmediato la intervención eligiendo la vía alta.

Me acompaña el médico de guardia del Hospital Pasteur doctor Caprio. Anestesista Nurse Umpierrez. Laparatomía mediana supra e infra umbilical. Exteriorización fácil del útero. Cierre provisorio de la cavidad abdominal con pinzas

de Museux y buena protección con compresas. Histerotomía mediana sobre la cara anterior y fondo uterino. Extracción fácil del feto que nace asfixiado pero que es reanimado. Alumbramiento sin inconvenientes. Introducción de una mecha de gaza en la cavidad uterina que se rechaza hacia el segmento inferior. Sutura de la pared uterina a tres planos. Reposición del útero y clausura del vientre a tres planos.

Puerperio febril desde el segundo día hasta el décimo, no sobrepasando los 38 grados, probablemente debido a que los loquios no drenaban con facilidad, lo que obligó a inyectarle pituosona y colocarle hielo sobre el vientre. Alta en buen estado el 14 de Junio a los 12 días de la operación. (Véase Revista Médica del Uruguay—tomo XXXII—página 331).

Observación II. — Historia clínica número 147-J. S. de B.—Española, casada, 38 años, gran multípara (gravidez XIII) es traída a la Clínica por una partera del Servicio de Urgencia y Asistencia Domiciliaria, con diagnóstico de placenta previa y presentación transversal.

Examen. — Vientre grande. Circunsferencia umbilical 114 ctms. Altura axial 39 ctms. A la palpación se constata que la cabeza se encuentra en la fosa ilíaca derecha. Al tacto, vagina llena de coágulos, cuello no borrado con orificios entreabiertos a travez de los cuales se toca la placenta en toda la extensión accesible. Hemorragia de importancia. Prefiero practicar una cesárea abdominal para el vaciamiento rápido del útero. Laparatomía supra e infra umbilical. Exteriorización del útero. Incisión sobre su cara anterior. Extracción fetal. Alumbramiento por expresión. Mecha intrauterina. Cierre del útero en tres planos: plano barrera, de resistencia y de peritonización. Cierre del vientre también a tres planos. Suero a la Clark y retiro de la mecha intrauterina. Alta a los 12 días. Madre e hijos sanos.

Observación III. — Historia Clínica número 324.—M. L. de F. Uruguaya, casada, 26 años. Primigesta. Está enferma fué vista en la Policlínica en los últimos días de su embarazo y al examinarla nos encontramos con lo siguiente:

fondo vaginal ocupado por una masa en forma de cúpula, recubierta por el segmento inferior, sin poder apreciar el orificio uterino. Aconsejamos su ingreso al Servicio. A los dos días comienzan las contracciones dolorosas. Al tacto vaginal encontramos el fondo de la vagina ocupado por un tabique transversal, y no es posible apreciar fondos de saco ni tampoco orificio externo del cuello. Por detrás del tabique sentimos la cabeza fetal bastante decendida, pero como se trata de una cabeza muy grande desborda por encima del pubis.

Colocadas las valvas logramos ver en el centro del tabique un orificio puntiforme por el cual hacemos deslizar un histerómetro. Tratamos de dilatarlo haciendo presión con un dedo, lo que no se consigue, por lo cual decidimos esperar. Inyección de 2 centígramos de neo-paleol. (Este examen fué practicado el 23 de octubre a las 5 p. m.).

El día siguiente, 24 de octubre a las 9 a. m., volvemos a examinar la enferma. Ha pasado toda la noche con dolores y el examen vaginal constata el mismo estado anotado anteriormente. Volvemos a insistir sobre el orificio uterino para dilatarlo con resultado negativo. En la tarde la situación se presenta incambiada y van transcurridas ya 24 horas de trabajo de parto por lo cual decido intervenir. Me inclino a la cesárea clásica, deshechando las incisiones del cuello por tratarse de una primigesta con feto grande.

Opero de inmediato ayudado por el Dr. Canzani. Anestesista Nurse Umpiérrez. Cesárea clásica. Feto vivo de 3550 gramos de peso. Antes de cerrar el útero paso por su cuello una pinza curva que hace presión sobre el centro del tabique mientras la partera hace tacto vaginal. Colocada bien en el centro lo perforo y paso a través de la brecha una mecha de gasa. Clausura del útero y de la pared abdominal en la forma indicada en las observaciones anteriores.

Alta el 3 de novimebre 10 días después de la operación. Madre e hijo en buen estado.

Observación IV. — Historia Clínica número 393. — I. M. Uruguaya, soltera. Secundípara. Antecedentes heredita-

rios sin importancia. Ha tenido un embarazo anterior a término con parto distócico (basiotripsia). Mujer de pequeña estatura, ingresa al Servicio en trabajo de parto, dilatación de 2 ctms. y bolsa de aguas sana.

Pelvimetría externa.—Bitrocanteriano 30.—Bicrestailíaco 16.—Biespinoso anterior 24.—Baudelocque 18.—Promontorio accesible: promonto pubiano mínimo al pèlvímetro de Farabeuf 0.083 milímetros. Pelvis raquítica aplanada. Presentación de nalgas.—S. I. I. A. Feto vivo.

Cesárea clásica siguiendo la técnica anotada anteriormente. Feto vivo de 3350 gramos de peso.

Cuando se intervino en esta enferma ya habíamos constatado un estado bronquial que se agudizó después de la operación. Los accesos de tos fueron cada vez más intensos y frecuentes a pesar del tratamiento y ocasionaron la defección de la sutura con salida al exterior de la masa intestinal. Ayudado por el Dr. Cantón, se desinfecta cuidadosamente el intestino y se reintegra a la cavidad suturando los planos profundos con catgut cromado. Drain cigarrillo. Esta sutura es positiva y la enferma se retira en buen estado con su hijo sano el 30 de diciembre, 32 días después de la operación.

Observación V. — Historia Clínica número 37.—P. G. de M. Primigesta, española, casada, de 29 años de edad. Ingresa a la Clínica en trabajo de parto con bolsa de aguas rotas desde 8 horas atrás. Presentación transversa, cabeza a la derecha y dorso hacia atrás. Al tacto constatamos cuello permeable al dedo y placenta en toda su extensión. Hay pérdida de meconio. Latidos fetales buenos. Cesárea transperitoneal por el método de Kröning-Beck. Feto asfixiado que se reanima de 3500 gramos de peso. Alta a los 11 días de la intervención. Madre e hijo sanos.

Observación VI. — Historia Clínica número 39. — A. L. de V. Uruguaya, casada, de 21 años. Primigesta. Mujer de pequeña estatura, ingresa al Servicio en trabajo de parto. Feto en O. I. I. T. muy elevada. Dilatación de 5 ctms. y bolsa de aguas rota hace 15 horas. Pérdida abundante de meconio, contracciones enérgicas y latidos fetales irregulares

y muy débiles. Al tacto encontramos la excavación pelviana disminuída en todos sus diámetros con un promontorio accesible a 10 ctms.

Cesárea baja transperitoneal Krönig-Beck con drenaje por haber encontrado líquido en el perítóneo y las asas intestinales muy dilatadas. Feto afixiado que se reanima pero que fallece pocos momentos después. Post operatorio febril durante los primeros días con vientre distendido y balonado pero sin vómitos. Desaparecido este estado, hace una bronconeumonia y posteriormente ha tenido 2 hemoptisis. Como sólo se trataba de una enferma pulmonar y a solicitud de la familia, es dada de alta en estado delicado a los 22 días de la operación.

ALGUNOS CASOS INTERESANTES tratados en la Sección Obstétrica y que han sido motivo de Comunicaciones a la Sociedad Ginecotocológica de Uruguay

Gestación ectópica sin amenorrea

(Comunicación a la Sociedad Ginecotocológica del Uruguay—1929)

El embarazo ectópico es seguramente el capítulo obstétrico que más ha llamado la atención de los especialistas en estos últimos tiempos. La enorme cantidad de observaciones publicadas, estudiando el problema en todos sus aspectos, llamando la atención sobre tal o cual síntoma, magnificando la importancia de algunos de ellos, restándosela a otros, obliga a revisar lo que podríamos llamar el cuadro clásico de la sintomatología del embarazo tubario.

Podríamos resumir el cuadro a que nos referimos en la siguiente forma: amenorrea, Jacquemier, secreción calostral, que según Mauratow, sería precoz en la gravidez extrauterina, dolor intenso en el bajo vientre, pérdida sanguínea por los genitales, acompañada de trozos de membranas, útero aumentado y casi siempre desviado al lado opuesto en que sitúa el embarazo, fondo de saco correspondiente, ocupado por una tumoración renitente colocada lateral o posteriormente al útero, falta de temperatura, pulso vaginal, sensación del peristaltismo tubárico, etc. A todos estos síntomas se acompañan aquellos que se ha dado en llamar generalmente síntomas simpáticos del embarazo; vómitos matutinos o simples náuseas, ptialismo, ciertas alteraciones de los sentidos principalmente del gusto y del olfato, etc.

Pero este cuadro no se presenta siempre tan completo: faltan algunos de los síntomas y otros son apenas acentuados, lo que hace que el diagnóstico sea difícil, explicando así los

errores que hemos podido observar ¿y por qué no decirlo? que hemos cometido nosotros mismos.

Como hemos dicho anteriormente, los diversos síntomas del embarazo ectópico han sido considerados del punto de vista de su importancia, de muy distinta manera por distintos autores. Un solo síntoma ha resistido y ha conservado su gran importancia del punto de vista del diagnóstico: *es la amenorrea,* y es precisamente a él al que voy a referirme en el presente trabajo.

La amenorrea figura como síntoma constante o casi constante en todos los tratados, trabajos y monografías. Es el punto de partida para el diagnóstico. Su ausencia desorienta, confunde, encamina a plantear el diagnóstico de otras afecciones, desconociendo la verdadera. Y sin embargo, forman legión ya los autores que se han ocupado de la ausencia de este síntoma en la preñez ectópica, publicando numerosos trabajos y estadísticas de distintas maternidades. en que el número de observaciones de esta afección, sin amenorrea, alcanza hasta un 50 por ciento, y por eso nos sorprende que estos mismos autores, que han llamado tanto la atención sobre este síntoma y sobre su inconstancia, continúen (cometiendo un error, a mi juicio, que puede ser de gravísimas consecuencias), considerándolo como un síntoma capital y de importancia suma.

Este problema es para mí un asunto ya muy viejo. Hace muchos años que me ocupé de él en colaboración con el doctor Canzani. En 1921 publicamos un trabajo titulado "Algunas consideraciones sobre el diagnóstico del embarazo ectópico" *(Revista Médica del Uruguay,* año 1921, página 458), y no resisto a la tentación de reproducir aquí lo que decíamos en aquella época:

'Pocas son las afecciones que pueden presentársenos "bajo aspectos tan diversos, como ocurre con el embarazo "ectópico. Esta diversidad de caracteres se concibe sin es- "fuerzo, si se examinan las diferencias profundas que las "gestaciones ectópicas revelan en su desarrollo. Establecer un "diagnóstico precoz, equivale en algunos casos a salvar la

"vida de la enferma; pero todos sabemos muy bien que este "diagnóstico ofrece con frecuencia dificultades, especialmen- "te en los dos primeros meses, debido a la gran inconstancia "de los síntomas aceptados como clásicos; y una engañosa "semejanza semiológica con otras afecciones de los órganos "pelvianos contribuye a dificultarlo.

"Si pensamos un momento que las complicaciones son "las que agravan intensamente el pronóstico, si pensamos "también que no es raro ver morir en pocos momentos a una "mujer, a consecuencia de la ruptura de la trompa grávida "(casos cataclísmicos de Barnes), justificaremos plenamente "cuán necesario es hacer el diagnóstico precoz de las preñeces "extrauterinas.

"Este trabajo tiene por objeto aportar nuestra pequeña "contribución al diagnóstico del embarazo ectópico, señalando "un hecho que hemos comprobado en numerosas observacio- "nes y que no se describe como formando parte del síndrome "de las gestaciones ectópicas. En efecto: en todos los tratados "y trabajos sobre el tema que tratamos, se describe como "síntoma constante *la amenorrea.* Pues bien: en los casos que "revisamos, por más que insistimos en el interrogatorio, en "ninguno de ellos pudimos comprobar retardo menstrual de "ninguna especie: todas nuestras enfermas habían tenido "sus reglas normales.

"La importancia de esta observación no escapará a nues- "tros oyentes, si pensamos que la ausencia de la amenorrea "nos alejaría, si lo hubiéramos pensado, del diagnóstico de "embarazo, y con más razón de embarazo ectópico, y tal "error puede ser, en algunos casos, de fatales consecuencias. "El embarazo ectópico es una afección que exige un diag- "nóstico y un tratamiento precoces. Se puede decir que el "diagnóstico es, al mismo tiempo que clínico, operatorio, y "que reconocido, hay indicación imperiosa de intervenir. Pre- "cisamente en el principio del embarazo, que es cuando ge- "neralmente son interrumpidos por complicaciones graves, se "hace necesario no cometer errores de diagnóstico, y tal cosa "nos ocurriría, si por no comprobar una amenorrea descartá-

"ramos la posibilidad de un embarazo ectópico, encaminando "nuestro diagnóstico hacia una lesión anexial, cuyo trata- "miento en el momento fuera puramente médico.

"No debemos terminar esta modesta comunicación, sin "dedicar algunas líneas a un medio de diagnóstico que usa- "mos corrientemente en la Clínica: nos referimos a la pun- "ción capilar del fondo de saco de Douglas. ¡Cuántas veces "ante un caso de duda, este medio sencillo e inocuo nos ha "aclarado la situación! En multitud de casos nos hemos en- "contrado perplejos ante cuadros verdaderamente desconcer- "tantes, y la punción ha puesto las cosas en claro de una "manera rápida. Las peritonitis *sin síntomas,* los ectópidos a "sintomatología engañosa, han sido diagnosticados por la "punción del Douglas. Medio sencillo, fácil de practicar; me- "dio inocuo cuando se hace en el punto de elección, es "precioso en sus resultados. En la Clínica (1) hemos palpado "sus beneficios en multitud de casos, y en dos de las obser- "vaciones leídas, este sencillo método aclaró el diagnóstico "dudoso, prestando a la enferma un beneficio incalculable".

He aquí ahora las historias de dos casos de gestación ectópica en que, por la ausencia del síntoma amenorrea, encaminamos nuestro diagnóstico hacia otra afección, que por una casualidad feliz resolvimos en forma quirúrgica.

Observación N.° 33.—(Maternidad del Hospital Pasteur, año 1929).—M. M. de S. uruguaya, casada, ingresa a mi Servicio enviada por el doctor Mier Velázquez.

Antecedentes hereditarios.—Padres vivos y sanos.

Antecedentes personales.—Fisiológicos: Menstruó a los 10 años. Después esta función ha continuado regular en aparición, pero muy abundante (8 a 9 días). Patológicos: Sólo declara que ha tenido tos convulsa. Obstétricos: Ha tenido un embarazo que evolucionó normalmente hasta el séptimo mes, en que se produjo el parto prematuro. El feto falleció a los tres meses, al parecer de una afección gastrointestinal. Ginecológicos: Dolores en el bajo vientre, desde mucho tiem-

(1) Nos referimos a la Clínica del Prof. Turenne, a la cual pertenecíamos en esa época.

po atrás. (Según manifiesta la enferma, estos dolores le comenzaron desde que menstruó por primera vez).

Enfermedad actual.—Ocurre a nuestro Servicio por consejo de su médico, pues sufre de su vientre hace muchos años, y a pesar de seguir los tratamientos establecidos, no ha notado ninguna mejoría. Me dice que sus menstruaciones han sido normales, jamás le han faltado, habiendo tenido la última el 2 de mayo, durándole, como de costumbre, 9 días. Ingresa el 18 de mayo, nueve días después de la menstruación.

Examen.—Se trata de una mujer de talla mediana, con escaso panículo adiposo, color trigueño. Pulso 84, regular. Temperatura, 36°8. A la palpación acusa un dolor muy marcado en la fosa ilíaca derecha. No hay dolor espontáneo. Al tacto, encuentro el fondo de saco lateral derecho ocupado por una masa en que es posible distinguir (la enferma se presta muy bien al examen y es muy delgada), la trompa y el ovario, aumentados de volumen, pero conservando su forma. Hago diagnóstico de anexitis derecha y dado el tiempo que hace que sufre de sus anexos y el fracaso de los tratamientos médicos, le propongo la intervención, que es aceptada de inmediato.

Opero ayudado por la doctora Volonté de Albo. Anestesista, nurse Cigliutti. Incisión de Pfannestiel. Al abrir la cavidad peritoneal nos llama la atención la presencia en ella de sangre libre (unos cien centímetros cúbicos). Explorando el anexo derecho notamos que la sangre se escurre a través del pabellón de la trompa aumentada de volumen. Se extirpa conjuntamente con el ovario, visiblemente enfermo, mandándose la pieza al laboratorio. Los anexos izquierdos están sanos. Clausura del vientre a tres planos. El postoperatorio fué normal, y la enferma sale de la Clínica el 3 de Junio, diez días después de la intervención.

El resultado del análisis histológico de la pieza enviada, fué el siguiente:

"Salpingitis crónica. En medio del coágulo que llena la luz, se ven cortes de vellosidades coriales. Parte de la

pared tubaria conserva su estructura normal con franjas epiteliales. Otra parte ha perdido la mucosa y existe tejido de granulación".

Observación N.° 46.—(Maternidad del Hospital Pasteur, 1929.)—T. M. de Q., uruguaya casada, 43 años, raza blanca. Antecedentes personales sin importancia. Gran multípara, con partos normales. Enferma que veo en Policlínica el 24 de mayo. Ha tenido su menstruación normal hace ocho días. Al examen constato una retroversión adherente y además una anexitis derecha. Aconsejo operar.

Mayo 30. Operación. Me ayuda la doctora Volonté de Albo. Anestesista, nurse Umpiérrez. Incisión Pfannestiel. Pinzado y levantado el útero, nos encontramos con la trompa derecha aumentada de volumen y renitente. Se trata de un hematosalpinx. La punción da salida a un líquido sanguinolento. Salpingectomía derecha. Se manda la pieza al laboratorio. Apéndice claramente enfermo. Apendicectomía. Cierre de la pared a tres planos. Postoperatorio normal. Alta en buen estado, a los doce días de la operación.

El resultado del examen histológico de la pieza, fué el siguiente:

"Se observa salpingitis crónica, vellosidades coriales en medio de un coágulo no organizado. En algunos puntos de la pared tubaria se observan células deciduales".

Como consecuencia de lo que antecede, me permito formular las siguientes conclusiones:

El embarazo ectópico puede producirse en el 50 % de los casos en el período intermenstrual y, por tanto, su diagnóstico es difícil. El síntoma amenorrea, considerado de capital importancia, no existe y, por lo tanto, será necesario basar nuestro diagnóstico sobre otros síntomas, principalmente sobre el síndrome peritoneal.

El diagnóstico será confirmado por la punción exploradora (abdominal o punción del Douglas) que, siendo positiva, obligará a la intervención inmediata.

Distocia por tabicamiento vaginal congénito
Operación cesárea

(*Comunicación a la Sociedad Ginecotocológica del Uruguay—1929*)

Generalmente las vaginas tabicadas no son causa de distocia; el parto se hace espontáneamente, desgarrando las bridas, sin mayor consecuencia que un ligero retardo en el período de expulsión. Ordinariamente las bridas vaginales se reblandecen durante el embarazo, y no oponen un obstáculo serio en el momento del parto. Sin embargo, cuando se ha constatado la presencia de un tabique o una brida, es preferible no esperar que el feto los desgarre, sino seccionarlos previo pinzamiento y ligadura, bastando esto para dar a la vagina el calibre suficiente para el pasaje del feto. Son muy raros, pues, los casos en que las histero o las histerectomías, pueden estar indicadas, y esto me mueve a presentar esta observación, en que frente a un tabique vaginal, opté por la vía alta, y precisamente por la cesárea conservadora.

Me encontraba frente a un tabique casi completo, puesto que ocupaba las tres cuartas partes de la circunsferencia vaginal, siendo accesible el cuello uterino, solamente por un espacio libre hacia la izquierda, que daba paso fácilmente al índice, pero que no permitía el pasaje de dos dedos. Era, además un tabique fibroso, resistente y nada reblandecido, a pesar del momento en que lo observamos (trabajo de parto) y con una dirección francamente oblicua, dando la sensación de que por su parte derecha, tomaba contacto con el cuello uterino.

Frente a un tabique de tal extensión, resistente, que no iba a permitir la dilatación sin el peligro de hacer estallar la vagina; que su sección, previo pinzamiento y ligadura, iba a ser muy laboriosa, puesto que nuestra incisión debería abarcar los 3/4 de la circunsferencia vaginal; y con la incógnita de esa relación, tal vez íntima, del tabique con el cuello uterino y cuya real importancia no podíamos apreciar; re-

solvimos solucionar el problema por vía alta, dándole preferencia a la cesárea conservadora y desechando la histerectomía subtotal clásica o a lo Porro, por las condiciones en que se encontraba la enferma (bolsa de aguas sanas y pocos tactos), y porque el espacio libre del tabique me aseguraba un buen drenaje para evitar la retención loquial.

Y de que mi conducta fué acertada al elegir la vía alta, tuve la confirmación inmediata, momentos después de terminada la operación, cuando quice retirar por la vagina el tapón de gasa iodoformada que había dejado dentro del útero. Al descenderlo y querer traerlo hacia afuera, como su diámetro era mayor que el espacio libre del tabique, éste era arrastrado hacia la vulva, pudiéndose apreciar, puesto que lo teníamos a la vista, su forma y consistencia. El tapón pudo ser retirado cuando, dividiéndolo en varias partes, disminuimos su espesor.

He aquí la historia clínica del caso de la referencia:

Observación clínica N.° 53.—Año 1929.—D. G. de P., uruguaya, casada raza blanca, ingresa a la Maternidad del Hospital Pasteur, el 2 de Junio, en trabajo de parto.

Antecedentes hereditarios.—No tienen importancia.

Antecedentes personales.—Menstruó a los 10 años. Sus reglas fueron siempre regulares, de tres a cuatro días de duración, pero muy dolorosas, por lo cual fué consultado un médico, quien diagnosticó vagina doble. No ha tenido amenorreas ni metrorragias.

Antecedentes patológicos.—Sarampión y por dos veces afecciones pulmonares de bastante gravedad (¿pneumonía?).

Embarazo actual.—Ultima menstruación, a fines de octubre de 1928. Pequeñas pérdidas sanguíneas en el tercer mes del embarazo. Fué vista entonces por un tocólogo, quien comprobó la existencia de un tabique vaginal, pero no le dió mayor importancia del punto de vista del pronóstico del parto. Altura uterina: 28 ctms. Presentación de nalgas muy elevadas sacra derecha. Latidos fetales a 135, algo débiles.

Al tacto constatamos un tabique vaginal casi completo. Sólo es accesible el cuello uterino por un orificio lateral

izquierdo, que da apenas paso a un dedo, y por detrás de él se siente el cuello uterino con una dilatación de 3 a 4 centímetros. Bolsa de aguas intacta. El tabique es de consistencia fibrosa, de bastante espesor, y en su parte derecha parece estar en contacto con el cuello uterino, lo que nos da la sensación de que su dirección es oblicua, de derecha a izquierda y de atrás adelante. Decido de inmediato la intervención, eligiendo la vía alta.

Me acompaña el médico interno de guardia doctor Caprio. Anestesista: nurse Umpiérrez. Laparatomía mediana, supra e infraumbilical. Exteriorización fácil del útero. Cierre provisorio de la incisión abdominal con pinzas de Museux y buena protección con compresas.

Histerotomía mediana sobre la cara anterior y fondo uterino. Extracción fácil del feto que nace asfixiado, pero que es reanimado.

Alumbramiento sin inconvenientes. Introducción de una mecha de gasa en la cavidad uterina, que se rechaza hacia el segmento inferior y la vagina. Adrenalina intraparietal. Sutura de la pared uterina a tres planos: músculomusculosa y seromuscular a puntos separados, y seroserosa en *surjet.*

Reposición del útero y clausura del vientre a tres planos.

Puerperio febril, desde el segundo día hasta el décimo, no sobrepasando los 38 grados, probablemente debido a que los loquios no drenaban con facilidad, lo que obligó a inyectarle pituosona y colocarle hielo sobre el vientre.

Alta en buen estado, el 14 de junio, a los doce días de la operación.

Quiste torcido del ovario y embarazo.

(Comunicación a la Reunión de la Sociedad Ginecotocológica del Uruguay. - 1929)

Hasta 1900 el tratamiento quirúrgico de los quistes del ovario durante el embarazo, era indiscutido.

Fué Fehling, en la época arriba citada, que llamó la atención sobre el porcentaje alto de mortalidad de los fetos (30%), producida por las ovariotomías practicadas durante la gestación. Se declaró contrario a la intervención en estas circunstancias, no aceptándola si no en los casos complicados de ruptura, degeneración maligna o infección.

Ante las publicaciones de Fehling, el tratamiento del quiste del ovario y embarazo que parecía resuelto definitivamente en favor de la intervención quirúrgica sin reservas, volvió al campo de la discusión. Se publicaron numerosos trabajos que confirmaron que la ablación de los quistes era siempre favorable para la madre y excepcionalmente fatal para el feto y las estadísticas demostraron que la interrupción del embarazo no alcanzaba al porcentaje tan elevado denunciado por Fehling. El tratamiento quirúrgico triunfó nuevamente aceptándose la fórmula del Prof. Pinard, de que "todo quiste del ovario diagnosticado durante el embarazo debe ser operado".

Sin embargo, quedan aún partidarios de una conducta intermediaria: cuando el tumor es pequeño y su crecimiento poco sensible, prefieren esperar. Entre los autores que aceptan esta conducta se encuentra Pfannestiel que expresa su opinión así: "se pueden dejar hasta el fin de la gestación los tumores que observados durante un cierto tiempo, no presentan ninguna modificación, sobre todo cuando no han provocado perturbaciones durante gestaciones anteriores. Sin embargo, en estos casos, se hace indispensable la vigilancia médica continua. Si la gestación llega al período en que comienza la vitalidad del feto, es mejor esperar a que este se desarrolle algo más".

Frankel es partidario también de la limitación de la intervención quirúrgica, pero por razones distintas. Conjuntamente con Born y después de estudios experimentales, Frankel sostiene que el cuerpo amarillo ha de ser considerado como una verdadera glándula de secreción interna y la substancia segregada circulando con la sangre tendría la misión de determinar en el organismo los primeros cambios que experimenta la mucosa uterina por efecto del embarazo y más tarde tendría acción eficiente sobre el desarrollo del huevo fecundado. Si se suprime el cuerpo amarillo, lo que sucede en las ovariectomías durante la gestación, se interrumpe ésta, sobre todo si la operación tiene lugar en las primeras 8 semanas del embarazo. Es por esa razón que Frankel sostiene que es necesario evitar la extirpación de los quistes del ovario durante la preñez, si no hay urgencia inmediata o indicación precisa, porque no es siempre posible salvar el cuerpo amarillo y en los casos en que la intervención debe inevitablemente practicarse, debe hacerse durante la segunda fase de la gestación, cuando las funciones del cuerpo amarillo están muy debilitadas.

La conducta seguida en la observación que presento a mis colegas, no cabe ser discutida. Dado el desarrollo del tumor y su repercusión sobre el estado general de la enferma, la intervención quirúrgica se hacía imprescindible y lo más rápidamente posible. Sin embargo, me ha parecido digna de publicarse en primer término por la dificultad del diagnóstico (enferma que fué vista por distintos médicos que opinaron en distinta forma), y en segundo lugar para llamar la atención sobre la inutilidad de la radiografía antes del sexto mes del embarazo. En el caso presente la radiografía negativa hizo que el médico de cabecera, que había diagnosticado embarazo y quiste del ovario, rectificara su diagnóstico del punto de vista de la gravidez y enviara a la enferma a un cirujano para que le extirpara su quiste.

He aquí ahora en resumen las historias clínicas del caso de la referencia:

Maternidad del Hospital Pasteur.—Observaciones nú-

meros 18 y 201 de 1929.—Estrella R. de A., española, 30 años, primera gestación. Sin antecedentes hereditarios ni personales, se presenta en mi consultorio el 1.° de mayo de 1929. Me dice que ha tenido su última menstruación el 13 de Noviembre de 1928. Presenta un vientre excesivamente desarrollado (altura axial 54 centímetros). Edema pronunciado de toda la pared abdominal y de los miembros inferiores. Dispnea y dificultad para la marcha. Dolor en el bajo vientre.—La palpación sólo nos demuestra que hay una enorme cantidad de líquido, pero auscultando *percibo latidos fetales.* Al tacto encuentro una parte fetal (cabeza?), que se desplaza fácilmente (peloteo vaginal). Hago diagnóstico de embarazo e hidramnios agudo y así se lo manifiesto a la enferma, que solicitaba desde el principio del examen que le diera mi opinión con toda franqueza de su estado. Al afirmarle que su afección era un embarazo complicado, mostróse admirada, y después de algunas vacilaciones, decidióse a ser completamente franca conmigo, refiriéndome con lujo de detalles, su historia.

En primer término, y antes de comenzar el relato de su odisea por distintos consultorios médicos, quiso que mi diagnóstico de embarazo quedara definitivamente descartado, para lo cual me mostró el resultado de una radioscopía, practicada por uno de nuestros más afamados radiólogos (informe que conservo y corre agregado a la historia archivada en mi Servicio Clínico) y que dice textualmente así: "En la radiografía del vientre no se observa la existencia de embrión".

Casada el 26 de mayo de 1928 tuvo sus menstruaciones normales hasta el 13 de noviembre del mismo año en que le faltó. Dos meses después, el 15 de enero del año 1929, empezó a sentir fuertes dolores en el bajo vientre y éste empezó a aumentar de volumen, de una manera tal, que empleando los términos de la enferma *lo veía crecer día a día.*

Consultó a un primer médico quien le hace diagnóstico de embarazo de 6 meses y le aconseja que tenga paciencia puesto que sus dolores provienen de su estado de gravidez,

que a su debido tiempo desaparecerán. Como le llamara la atención de que no podía estar embarazada de tanto tiempo, puesto que había tenido menstruaciones normales hasta dos meses atrás, le contestó que no era raro estar embarazada y tener menstruación.

No conforme con la opinión del colega consultado y como sus dolores continuaran con intensidad, resuelve ver otro médico. Este otro colega, después de un examen detenido, hace diagnóstico de mola hidatiforme. La enferma no conoce el nombre de la afección, pero el colega le dijo que probablemente perdería sangre y empezaría a echar unas bolitas como granos de uva, y entonces debería recurrir inmediatamente a un médico especialista para que le hiciera un raspaje.

Como ninguno de los médicos consultados le diera medicamentos para aliviar sus dolores, y su vientre continuara aumentando enormemente, consulta un tercero que le confirma el diagnóstico del primero (embarazo de 6 meses), pero que cree que hay algo más, por lo cual le pide se haga una radiografía. Esto acontecía ya a mediados de abril del año 1929.

El resultado de la radiografía fué negativo, por lo cual el colega rectifica su diagnóstico, abandona su creencia de embarazo y piensa en ascitis o quiste del ovario, que necesita intervención inmediata, por lo cual le aconseja vea un cirujano. La enferma me consulta entonces.

A pesar de que la enferma no tiene la más mínima duda sobre su falta de embarazo, puesto que los Rayos X no han podido ver su hijo, a pesar de estar en los 6 meses de su embarazo, insisto sobre mi diagnóstico y quiero demostrarle que he oído latir el corazón del feto, y cuando se oyen estos latidos la afección no puede ser otra que embarazo.

Como le prometo aliviarla de sus males, sacándole un poco de líquido de su vientre, consiente en ponerse bajo mi asistencia e ingresa a mi Servicio ese mismo día.

Sobre la línea media y por debajo del ombligo hago una punción que da salida a un líquido gelatinoso mezclado con sangre. Se trata de un quiste del ovario y embarazo.

Opero el día siguiente ayudado por los doctores Volonté de Albo y Canzani. Anestesista Nurse Cigliutti. Incisión mediana infraumbilical. Abierto el peritoneo nos encontramos con un enorme tumor quístico del ovario izquierdo que ocupa toda la cavidad abdominal excepto en su parte anteroinferior derecha, en que se encuentra el útero grávido de cinco a seis meses. El quiste rechaza el diafragma hacia arriba, el apéndice xifoides forma ángulo recto con el resto del cuerpo del esternón y los arcos costales están llevados hacia adelante. El pedículo tiene una torsión de 360 grados.

Prolongo la incisión hacia arriba y punciono el quiste con un trocart grueso. No obtengo salida de líquido porque el contenido es muy espeso, gleroso y además el quiste está tabicado. Ligadura y sección del pedículo y extracción. El tumor pesa 12 kilos y se hace cargo para su estudio el doctor Velarde Pérez. Clausura del vientre a tres planos. Se ordena inyectarle neopaleol cada 6 horas, a objeto de poder conservar el embarazo. Post-operatorio normal. La herida cierra de primera intención y la enferma abandona el Servicio en buen estado el 14 de Mayo, 12 días después de la intervención, recomendándosele su presencia cada 15 días, para vigilar su embarazo.

Reingresa el 17 de Agosto con algunos dolores abdominales. Aunque no está en trabajo de parto, la enferma prefiere permanecer hospitalizada.

Parto normal el 1.º de Septiembre. Feto en buen estado de 3.000 gramos de peso. Puerperio normal y es dada de alta el 7 de Septiembre. Madre e hijo en buen estado.

El caso expuesto ofrece también al comentario otros puntos de importancia.

En primer lugar, y a la espera de un estudio en detalle, del que se ha encargado el colega doctor Velarde Pérez, puedo adelantar que se trata de un quiste mucoide, variedad de una rareza extrema en los casos complicados de embarazo, pero que en cambio constituye una variedad corriente en los casos de quistes sin gravidez.

Otro punto digno de mención es la torsión del pedículo,

complicación muy frecuente. En nuestro caso era de 360 grados y en la dirección de las agujas de un reloj.

Según algunos autores, el estado de embarazo favorece la torsión de los quistes ováricos, opinión que ha sido contestada principalmente por Kuztner, quien sostiene que la distensión del abdomen ocasionada por el útero aumentado de volumen, vuelve al tumor menos movible y por consiguiente menos expuesto a la torsión.

El caso expuesto no puede autorizarme a emitir conclusiones, pero como he revisado toda la bibliografía Francesa, Italiana, Española y Argentina, que se refiere al tema, quiero formular las siguientes:

Primero. — El quiste del ovario y gravidez es una afección bastante frecuente.

Segundo. — La torsión del pedículo del tumor se encuentra en un 30 por ciento de los casos.

Tercero. — Todo quiste del ovario diagnosticado durante el embarazo, debe ser operado de inmediato, tratando de ser lo más respetuoso posible con el útero.

Las hemorragias del cuerpo amarillo

(Comunicación a la Reunión de la Sociedad Ginecotocológica del Uruguay. - Junio de 1930)

Con pocos días de diferencia he operado en mi Servicio del Hospital Pasteur dos enfermas: una, con diagnóstico de embarazo ectópico roto, y la otra con el de anexitis bilateral. El primer caso resultó una hemorragia del cuerpo amarillo: la trompa estaba indemne y sólo había una lesión ovárica, que si bien nos hizo pensar en un embarazo de ese órgano, el exámen histológico demostró la ausencia de vellosidades coriales.

En el segundo caso nos llamó la atención el encontrar sangre obscura libre en el peritoneo: el examen de la pieza nos demostró que la fuente de la hemorragia era el ovario

izquierdo, donde encontramos un cuerpo amarillo roto que aún conservaba en su cavidad algunos coágulos.

Como el tema hemorragias intraperitoneales de origen ovarico se ha planteado en estos últimos tiempos, he querido llevar a conocimiento de la Sociedad Ginecotocológica del Uruguay los casos referenciados, a fin de plantear la discusión de ellos, que me parece muy interesante, sobre todo del punto de vista del diagnóstico.

Observación número 620 — B. B. de D. Soltera, Uruguaya, de 19 años de edad, menstruó por primera vez a los 13 años y sus reglas fueron siempre regulares, sin dolor y con pérdida sanguínea abundante, pero que no duraban más de tres días.

Ingresa a mi Servicio el 19 de Marzo, trasladada de otra sala del Hospital Pasteur y con diagnóstico de aborto infectado.

Nos dice que tuvo su menstruación normal 15 días atrás y que encontrándose en su tarea (la enferma es sirvienta) sintió dolores violentos en el bajo vientre, acompañados de pérdidas sanguíneas por los genitales, por lo cual sus patrones solicitaron los auxilios de la Asistencia Pública, que la trasladó al Hospital Pasteur.

El resultado del examen que practiqué fué el siguiente: temperatura 36 grados 2/5, pulso 100. Vulva y vagina de nulípara. Pierde por la vagina una sangre obscura y fétida. Previa desinfección prolija, hago un tacto que me dá los siguientes datos: cuello cerrado, cónico. Utero poco aumentado de volumen en retroversión. Fondo de saco lateral izquierdo, libre. Fondo de saco lateral derecho, ocupado por una masa fluctuante que avanza hacia el Douglas y separada del útero. Punción capilar del fondo de saco posterior que da salida a sangre obscura. Diagnostico embarazo ectópico y hago preparar la enferma para operarla. El día siguiente la enferma amanece con temperatura—39.4, pulso 128. Se queja de dolores en todo el cuerpo. Se suspende la operación. El Dr. Cozzolino que la examina, diagnostica *grippe,* instituyendo el tratamiento correspondiente. Dos días después, el 27 de mayo,

intervengo. Me ayuda la doctora Volonté de Albo. Anestesista Nurse Belo. Incisión de Pfannestiel. Encuentro sangre obscura en el peritoneo, unos 50 gramos y algunos pequeños coágulos que se recogen para su examen. Anexectomía derecha. Eter intraperitoneal. Cierre de la pared a tres planos.

Examinada la pieza constatamos que macroscópicamente la trompa parece sana y es permeable. En cambio en el ovario existe una cavidad del tamaño de una nuez recubierta aún de coágulos negruzcos que parece ser la que ha producido la sangre encontrada en el Douglas. Se envía la pieza al laboratorio conjuntamente con los coágulos extraídos de la cavidad peritoneal.

Cuatro horas después de la operación la enferma cae en un estado lipotímico con pérdida del pulso. Se le inyecta suero fisiológico, aceite alcanforado y cafeína. Yo la veo a las 8 p. m. Presenta un aspecto de anemia intensa, pulso rápido batiendo a 160. No hay vómitos y el epigastrio está libre. Se le hace una transfusión de sangre inyectándole 100 centímetros cúbicos.

El día siguiente la enferma ha mejorado notablemente. El facies es bueno y el pulso late a 120. Continúa sin novedad apreciable hasta el 6 de Mayo, en que se ordena levantarse, siendo dada de alta el 12 de Mayo 16 días después de la operación.

El examen de la pieza enviada al laboratorio fué el siguiente:

"Al examen microscópico se observa un ovario algo chi-
" co recubierto por una formación dura del tamaño de una
" nuez, en forma de casquete. Al corte aparece ovario nor-
" mal con folículos primordiales y en crecimiento. En la
" periferia una formación constituída exclusivamente por te-
" jido fibroso y elástico a fibras largas y robustas.

"La trompa cortada en tres sitios, a nivel del istmo, del
" cuerpo y del pabellón muestra lesiones de anexitis aguda
" inicial. La luz que en todas partes está tabicada, está ocu-
" pada por una masa de glóbulos de pus y rojos. Del lado
" peritoneal hay falsa membrana fibrino-purulenta organi-

" zada. No se observan vellosidades coriales. Firmado: Cas-
" tro. Preparados 226 A. B. y C.".

Observación 700. — Josefa C. de M. Casada, 42 años. Ingresa al Servicio el 23 de Abril. Reglada a los 12 años, sus menstruaciones fueron siempre normales, de 4 días de duración con pérdida sanguínea abundante. No recuerda haber tenido ninguna enfermedad. Gran multípara ha tenido 7 embarazos con partos y puerperios normales. Los hijos viven todos y son sanos.

Como hace 15 días que pierde sangre por los genitales, decide hospitalizarse.

El médico de guardia doctor Larghero que la recibe, sospecha que se trate de un embarazo ectópico. Punciona el Douglas con resultado negativo.

El día siguiente 24 de Abril la examino. Me dice que hace 15 días se inició su flujo menstrual en la época correspondiente y desde entonces la hemorragia continúa en abundancia. Estado general anemiado. T. 38 grados. P. 120. En el momento del examen la pérdida sanguínea es moderada: sangre obscura con pequeños coágulos. Cuello uterino duro, cuerpo poco aumentado de consistencia dura y fuertemente desviado a la derecha. Douglas libre. Fondo de saco lateral izquierdo ocupado por una masa del tamaño de un huevo de pato, separada del útero por un surco. Fondo de saco lateral derecho ocupado también por otra masa independiente del útero, pero al parecer, algo menor que la izquierda y de consistencia más dura.

Hago diagnóstico de anexitis doble e instituyo el tratamiento adecuado. La enferma sigue con temperatura durante 6 días, comenzando la apirexia el 30 de Abril. Examinada nuevamente nos encontramos con que el anexo izquierdo ha aumentado notablemente de volumen con relación al examen anterior: tiene actualmente el tamaño de una naranja. El anexo derecho conserva el mismo tamaño y consistencia.

Mayo 2. — La enferma sigue apirética pero se queja de fuertes dolores en el bajo vientre. Pulso normal. El tacto revela el mismo estado anotado en el examen practicado dos

días atrás; solamente la consistencia del anexo izquierdo parece más blanda. Resolvemos intervenir.

Mayo 3. — Operación. Ayudante doctora Volonté de Albo. Anestesista nurse Oxilia Pfannestiel. Al abrir la cavidad peritoneal encontramos unos 50 gramos de sangre obscura en el peritoneo. Ambos anexos están enfermos, no pudiendo por tanto practicar una operación conservadora. Anexectomía bilateral e histerectomía subtotal. Cierre de la pared a tres planos.

Examinada la pieza constato lo siguiente: anexo derecho, trompa y ovario fuertemente unidos y cuya sección da salida a una buena cantidad de pus. Anexo izquierdo: trompa aumentada de volumen y ovario grueso con un enorme cuerpo amarillo roto. Se mandan los anexos izquierdos al laboratorio para su examen histológico que da el siguiente resultado:

"Hay una inflamación subaguda de la trompa. Hacia el pabellón está prendida con el ovario. A este nivel hay un foco supurado que interesa el ovario. En el ovario se observa un cuerpo amarillo periódico en el período de estado. No se encuentran vellosidades coriales. — Firmado: *Castiglione.*"

Al día siguiente de la operación, 4 de mayo, la enferma presenta el siguiente cuadro: T. 37. 8. P. 130. Vientre algo distendido pero no doloroso. No hay vómitos. Estado general bueno.

Mayo 5.—T. 37.6. P. 120. El vientre está más distendido, pero no hay defensa ni dolor, no tiene vómitos. Me preocupa la disociación de pulso y temperatura.

Mayo 6.—8 a. m. Ha aparecido diarrea. El vientre está más distendido. Sonda rectal. Extracto tebaico. A la una p. m., la temperatura es de 39.9 y el pulso de 150. El vientre continúa distendido, pero no doloroso. Estado nauseoso sin vómitos. Practico una colpotomía posterior que da salida a una buena cantidad de sangre y coloco un drenage en T. Bolsa de hielo. Posición de Fowler.

Mayo 7.—Gravedad extrema. Pulso filiforme y a ve-

ces incontable. Dispnea. Vientre en el mismo estado de distensión y sin dolor. T. 39.5.

Mayo 8.—La enferma muere a las tres a. m., a los 5 días de la intervención. No se hizo necropsia.

Las hemorragias intraperitoneales fueron consideradas hasta finalizar el siglo pasado como de origen gravídico. Para Lawson Tait la causa exclusiva de las hemorragias periuterinas, era la trompa grávida. Para Juan Luis Faure la ruptura y el aborto turbario son siempre los accidentes que se encuentran como origen de los hematoceles.

Es recién en los comienzos del siglo presente que aparecen algunas tesis (Vigneau 1902-Tartanson 1903), sosteniendo que puede haber hemorragia intraperitoneal en ausencia de gravidez extrauterina. Desde entonces los trabajos se multiplican y en 1922 se contaban alrededor de 40 observaciones sobre el tema. Es en esta época que Fosnner de Estocolmo, estudiando los distintos trabajos publicados, sostuvo que la gran mayoría de ellos no podían considerarse como concluyentes, desde que no suministraban las pruebas de que la hemorragia provenía verdaderamente de la ruptura del cuerpo amarillo. Sólo podían tomarse en consideración 5 observaciones bien documentadas en las cuales el examen completo de la pieza había sido practicado. Aunque en estos casos, los autores excluían la posibilidad del embarazo ectópico y establecían el diagnóstico de hemorragia del cuerpo amarillo roto, Fosnner sostuvo que, aún en estos casos, podía sospecharse la existencia de una preñez extrauterina, porque aunque se hubieran practicado cortes seriados en la pieza anatómica y se hubiera comprobado la ausencia de partes fetales, éstas podrían encontrarse en la sangre y coágulos de la cavidad peritoneal y pasar desapercibidas.

Schikelé en su importante trabajo: "¿El cuerpo amarillo puede ser la causa de una hemorragia intraperitoneal abundante?", aunque reconoce la justeza de la crítica de Fosnner, puesto que muchos de los trabajos presentados no son lo suficientemente completos desde que no se ha hecho un examen macro y microscópico de las piezas, cree que ella

es exagerada y que hay observaciones en que las pruebas presentadas son suficientes para aceptar la existencia de hemorragias intraperitoneales provenientes de la ruptura del cuerpo amarillo y el mismo publica 3 observaciones personales.

Aceptado, pues, que la hemorragia intraperitoneal puede ser de origen ovárico en ausencia de toda gravidez ¿cuál es el mecanismo de esta hemorragia?, ¿de dónde proviene la sangre derramada?

Hay un punto que nos parece indiscutible y es que la hemorragia depende de la ovulación y se produce en las distintas fases de ella.

Cuando el folículo de Graaf llega a su madurez, se rompe y esta ruptura va acompañada de hemorragia más o menos importante. A veces la cantidad de sangre derramada es poca, y es lo que se constata cuando se opera una mujer durante la menstruación o pocos días después de ella: es frecuente encontrar un poco de sangre en la pequeña pelvis. En el segundo caso la hemorragia es de importancia y se presenta con todos los síntomas de una hemorragia interna grave. El primer caso, hemorragia discreta, corresponde a aquellos casos tan bien descritos por Bonneau con el nombre de *puesta ovular hemorrágica.*

Después de abierto el folículo, se transforma en cuerpo amarillo menstrual.

Las distintas transformaciones que sufre se acompañan de un desarrollo de vasos sanguíneos cuya ruptura es capaz de ser causa de hemorragia importante.

A nuestras observaciones nos parece que corresponde catalogarlas entre las hemorragias del cuerpo amarillo, que comunmente son más abundantes y pueden presentar la sintomalogía de la inundación peritoneal.

La hemorragia ovárica puede aparecer en toda edad: la primera observación corresponde a una mujer de 19 años, la segunda a una de 42. Pero lo que nos interesa sobre manera, y a ello responde la presentación de los casos, es su diagnóstico. La confusión con el embarazo ectópico es tal,

que me parece que en la hora actual no poseemos medios para diferenciarlos. Algunos autores dan una importancia extraordinaria como medio de diagnóstico diferencial, a la supresión de las reglas: en la hemorragia ovárica no hay supresión de reglas, en cambio en el embarazo ectópico casi siempre hay amenorrea. Sobre este punto me he ocupado en distintas ocasiones demostrando que en el 50% de los casos el embarazo ectópico se produce en el período intermenstrual, y por lo tanto no hay amenorrea. Luego, pues, no podemos basar nuestro diagnóstico sobre este síntoma, pues los errores serán frecuentes. El examen de nuestro primer caso nos llevó al diagnóstico seguro de embarazo ectópico, y aún después de abierto el vientre y exteriorizado el anexo, seguimos creyendo que se trataba de un embarazo ovárico. Sólo el examen microscópico de la pieza y la ausencia de vellosidades nos hizo pensar en la hemorragia ovárica proveniente de un cuerpo amarillo.

El segundo caso, a pesar de que el diagnóstico del médico de guardia fuera de embarazo ectópico, a nosotros nos impresionó siempre como una cuestión anexial (pio-salpinx), la temperatura y la bilateralidad de las lesiones nos hizo descartar el diagnóstico de preñez extrauterina. No pensamos en la hemorragia ovárica. Nuestra atención fué llamada en ese sentido al encontrar sangre libre en el peritoneo y la presencia en el ovario izquierdo de un cuerpo amarillo roto y que parecía ser la fuente de la hemorragia.

De lo que antecede se puede afirmar que la hemorragia ovárica profusa y el embarazo ectópico roto, presentan sintomatologías idénticas y que sólo es posible el diagnóstico después del examen histológico de la pieza.

BIBLIOGRAFIA

GUYOT Y VILLAR.—Les hemorragies du corps jaune. *Revue Française de Ginecologie et d'Obstetrique* (febrero 1930).

SCHIKELÉ.—Le corps jaune peut-le-etre la source d'une hemorragie intraperitoneale abondante?

BARTHELEMY.—Kiste hemorragique du corps jaune.—*Bulletin de la Société d'Obstetrique et de Ginecologie*—1925.

HUGO ROH.—Hemorragies abdominales d'origine ovarienne.—*Bulletin de la Société d'Obstetrique et de Ginecologie*—1927.

HAMANT-BODERT et MOSINGER.—Hemorragies Ovariennes.—*Bulletin de la Société d'Obstetrique et de Ginecologie*—1928.

BUM.—Tratado completo de Obstetricia.

BRINDEAU.—La practique de l'art des acouchements.

BIBLIOGRAFIA

BUM.—Tratado completo de Obstetricia.

BRINDEAU.—La practique de l'art des acouchements.

ESTOL.—Seroterapia a altas dósis como tratamiento de la septicemia puerperal.—*Revista Médica del Uruguay*.—Tomo XXX, página 730.

FERNÁNDEZ Y PICCARDO.—La Clínica Obstétrica y Ginecológica del Hospital Alvear.

GARCÍA SAN MARTIN.—Tratamiento de las roturas uterinas subpartu.—*Revista Médica del Uruguay*.—Tomo XXVII, pág. 467.

GARCÍA SAN MARTIN.—El extracto hipofisario en la etiología de las roturas uterinas.—*Revista Médica del Uruguay*.—Tomo XXX, pág. 731.

LEVEN.—Cure radicale des vomissements incoercible de la grossesse a tous degrés de gravité.—*(Revista Francesa de Obstetricia y Ginecología*, año 1928).

MAYGRIER Y SCHWAAB.—Obstetricia.

SIMONETTI.—Placenta previa (tésis).

TURENNE.—La distocia anular en el parto y en el alumbramiento.

TURENNE.—Los peligros del extracto hipofisario.—*Revista Médica del Uruguay*.—Tomo XXI, pág. 290.

TURENNE.—Sobre extracto hipofisario.—*Revista Médica del Uruguay*.—Tomo XXVI, pág. 345.

TURENNE.—Formas clínicas acidósicas puras o predominantes de la toxemia gravídica.—*Revista Médica del Uruguay*.—Tomo XXIX, pág. 55.

TURENNE.—Lección inaugural del curso de Obstetricia de 1923.—*Revista Médica del Uruguay*.—Tomo XXVI, pág. 297.

PUBLICACIONES CIENTÍFICAS DEL MISMO AUTOR

1916.—EL SIGNO DE HEGAR EN EL POST-PARTUM.—Trabajo presentado al Primer Congreso Médico Nacional.—Publicaciones del Congreso.—Tomo III, pág. 477.

1916.—UN CASO DE TROMBO-FLEBITIS PUERPERAL. —*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XIX, pág. 898.

1917.—UN CASO DE DISTOCIA ANULAR EN UNA PRESENTACION DE HOMBRO.—*Revista Médica del Uruguay.* —Tomo XX, pág. 49.

1917.—TRATAMIENTO DE UNA PLACENTA RETENIDA Y ADHERENTE POR EL ALCOHOL.—*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XX, pág. 262.

1917.—ECLAMPSIA O EPILEPSIA. — *Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XX, pág. 312.

1917.—CUATRO CASOS DE PLACENTA PREVIA.—*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XX, pág. 483.

1917.—EVOLUCION Y TRATAMIENTO DE DOS CASOS DE ECLAMPSIA PUERPERAL.—*Revista Médica del Uruguay.* —Tomo XX, pág. 525.

1917.—DISTOCIA ANULAR Y EXTRACTO HIPOFISARIO.—*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XX, pág. 752.

1917.—INDICACIONES DE EVACUACION UTERINA EN LAS AFECCIONES BRONCO-PULMONARES AGUDAS GRAVES.—*Anales de la Facultad de Medicina.*—Tomo II, pág. 547.

1918.—PLACENTA PREVIA MARGINAL. — EMBARAZO GEMELAR BIVITELLINO.—*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XXI, pág. 204.

1918.—EL ABORTO CRIMINAL PROVOCADO. — *Revista "Fraternidad".*—Abril, Mayo y Junio de 1918.

1918.—CONTRA LA GRIPPE.—*Revista "Fraternidad".*—Octubre de 1918.

1918-1919.—INSTRUCCIONES MEDICAS. — *Revista "Fraternidad".*—Julio, Agosto, Septiembre, Noviembre y Diciembre de 1918.—Febrero y Marzo de 1919.

1919.—ORGANIZACION DEL SERVICIO DE PARTERAS EN LA ASOCIACION FRATERNIDAD.—*Revista "Fraternidad".*—Enero de 1919.

1920.—TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POR INSERCION DE LA PLACENTA SOBRE EL SEGMENTO INFERIOR.—Tesis presentada al concurso de Agregación de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Montevideo.

1920.—CORIO-EPITELIOMA Y MOLA HIDATIFORME.—*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XXIV, pág. 155.

1920.—ENDOCARDITIS SEPTICA SECUNDARIA CONSECUTIVA A UN ABORTO EN UNA CARDIACA.—*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XXIV, pág. 203.

1920.—INAUGURACION DEL CURSO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.—*Anales de la Facultad de Medicina.*—Tomo V, pág. 245 (Suplemento).

1920.—ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO ECTOPICO.—*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XXIV, pág. 458.

1921.—SEPTICEMIA A ESTREPTOCOCOS HEMOLITICOS Y CHOQUE COLOIDOCLASICO. (Publicado en esta obra).

1922.—DOBLE EMBARAZO SIMULTANEO INTRA Y EXTRA UTERINO.—*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XXV, pág. 476.

1922.—POLINEURITIS GRAVIDICA.—*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XXV, pág. 605.

1922.—UN CASO DE ENCEFALITIS LETARGICA EN UNA EMBARAZADA.—*Revista Médica del Uruguay.* — Tomo XXVII, pág. 547.

1929.—DISTOCIA POR TABICAMIENTO VAGINAL CONGENITO. OPERACION CESAREA.—*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XXVII, pág. 331.

1929.—GESTACION ECTOPICA SIN AMENORREA.—*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XXXII, pág. 347.

1929.—CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL CONSECUTIVO A TENTATIVA DE ABORTO CRIMINAL.—*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XXXII, pág. 358.

1929.—QUISTE TORCIDO DEL OVARIO Y EMBARAZO. —(Publicado en esta misma obra).

1930.—LAS HEMORRAGIAS DEL CUERPO AMARILLO. —La Maternidad del Hospital Pasteur. Comentarios estadísticos y clínicos.

ÍNDICE